

# Revista Sanitaria de Toledo.

Publicación quincenal.

## SUMARIO

- 1.º **Sección científica original.**—«Un caso de fiebre tifoidea», Dr. Codina Castellví. «El llamado Pulsus irregularis perpetuus», Dr. A. del Cañizo.—«Entre parabólicos», Dr. Sánchez Herrero.—«Papel del tipo bovino en la tuberculosis humana» (continuación), Dr. Manuel Medina.—«Academias y Sociedades», Dr. Lacaplicación de las vacunas contra las fiebres tifoideas», Dr. Ferrán.—«Un par de cuartillas», Dr. Castillo.—«Necrología», Dr. Martíne» Saldise.—«La Medicina militar española en el Rif», Dr. Lazo García.
- 2.º **Variedades.**—Noticias.—Vacantes.—Bibliografía.

## UN CASO DE FIEBRE TIFOIDEA

POR EL

Dr. José Codina Castellví,

Médico del Hospital general, y Académico de la Real de Medicina.

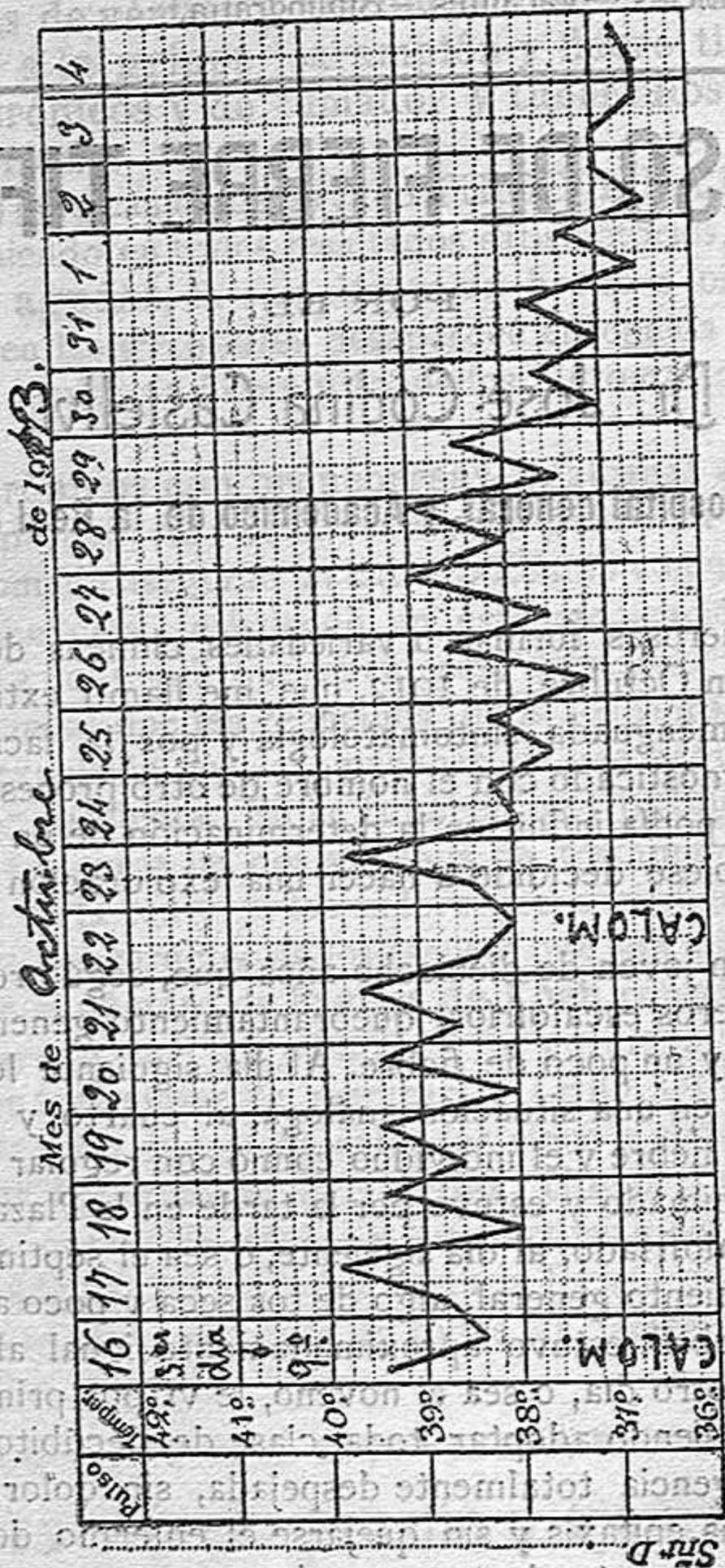
Entre las numerosas formas o variedades clínicas de fiebre tifoidea, observé un caso, en Octubre de 1912, que me llamó extraordinariamente la atención por la menguada sintomatología y por la facilidad con que se prestaba a ser diagnosticado con el nombre de otro proceso, si una circunstancia fortuita que podía influir en la determinación de un cambio de tratamiento, no me hubiese decidido a hacer una exploración complementaria específica.

Tratábase de un joven de dieciocho años que, según referencias, nueve días antes tuvo ligeros escalofríos, quebrantamiento general, algo de tos, mal sabor de boca y un poco de fiebre. Al día siguiente le purgaron y estuvo dos días más en una situación análoga; al cuarto y quinto día supusieron que no tenía fiebre y el individuo comió con regular apetito; al sexto día se sintió muy animado y estuvo por la tarde en la Plaza de Toros, pero regresó de ésta escalofriado; al día siguiente, o sea el séptimo, se sintió otra vez con quebrantamiento general, algo de tos seca y poco apetito, pero por la tarde se sintió febril; estuvo aproximadamente igual al día siguiente, o sea el octavo, y al otro día, o sea el noveno, le ví por primera vez.

Le encontré pudiendo adoptar toda clase de decúbitos, con 39º 4 de temperatura, inteligencia totalmente despejada, sin dolor de cabeza, sin haber tenido ninguna epítaxis y sin quejarse el enfermo de otro fenómeno que de su ligero quebrantamiento general, muy poco manifiesto; apenas tosía y la exploración del tórax no descubrió ningún fenómeno que llamara la atención; el apetito no había desaparecido, no tenía mal sabor de boca,

ni sed; las encías, carrillos, paladar y faringe estaban húmedos y limpios; la lengua con una ligera capa saburral más manifiesta en el tercio posterior y húmeda; no había meteorismo; el vientre estaba más bien abarquillado; no se tocaba el bazo; no había dolor, ni siquiera molestia a la presión en la fosa ilíaca derecha; no se encontró ninguna mancha lenticular, orinaba en abundancia y no hubo albúmina en la orina; tenía profusos sudores; dormía muy bien toda la noche, es decir, no había ni el más ligero insomnio.

El cuadro clínico, como se ve, no podía ser más negativo; sólo quedaban en pie, para ilustrar un diagnóstico, el comienzo febril con escalofríos, quebrantamiento y tos, mejoría rápida, posibilidad de enfriamiento en la Plaza de Toros y recrudecimiento febril del proceso, con un estado saburral muy poco manifiesto y los sudores profusos. Con estos datos era difícil precisar un diagnóstico, pero más se prestaba a pensar en una infección Eberthiana.



El enfermo continuó ocho días, exactamente igual, sin nuevos fenómenos que añadir al cuadro clínico, excepto que un día me pareció que se

podía tocar, en las grandes inspiraciones, el polo inferior del bazo y otro día pareció encontrarse una pequeñísima mancha rosada en el lado izquierdo del abdomen; pero tanto un fenómeno como otro, no me dejaron el convencimiento pleno de su existencia, y en el caso de ser ciertos, desde luego fueron muy fugaces.

En cambio la curva de la temperatura, era la clásica del período de estado de una fiebre tifoidea de mediana intensidad, con cifras que oscilaban entre 38° 5 y 39° 5, casi todos los días. Hasta tal punto impresionaban clínicamente, la gráfica de la temperatura y los sudores abundantes, que durante estos días dije a la familia, más de una vez, que si no fuera por la forma de comienzo del proceso, por la causa cósmica que al parecer provocó la recaída y por la falta de síntomas que se notaban en todos los aparatos, se tendría que diagnosticar de fiebre tifoidea de forma sudoral esta enfermedad, si sólo se fundara el juicio diagnóstico en la curva seguida por la temperatura.

En esta situación, descienden notablemente las cifras térmicas sin alcanzar la apirexia completa durante dos días, modificación favorable que, unida al resto del cuadro clínico tan negativo como antes, hacía sospechar que nos encontrábamos en los mismos linderos de la convalecencia. Mas no fué así, como se puede ver en la gráfica adjunta; la fiebre volvió a subir con su forma clásica de oscilaciones durante los tres días siguientes y entonces fué cuando me asaltó más la duda diagnóstica entre tres infecciones que a todo trance convenía dilucidar por la repercusión que podía tener el diagnóstico en la terapéutica que desde aquel momento se debiera seguir.

Claro es que, de estos tres procesos, perdía cada vez mayor número de probabilidades el primitivo supuesto de la gripe, en virtud de la regularidad de la curva térmica, pero en cambio el descenso observado durante los días anteriores, proseguido de esta recrudescencia febril y al tener presente los sudores abundantes que acompañaban al proceso, me hizo sospechar la posibilidad de que en lugar de una fiebre tifoidea de forma sudoral se tratara de un caso de fiebre de Malta. Era preciso, pues, ya que la terapéutica varía tanto según se trate de uno u otro de estos procesos, dilucidar de un modo que no diera lugar a dudas, la naturaleza de esta infección. Con este objeto, el Dr. Durán de Cottés extrajo 5 c. c. de sangre de vena de la flexura de codo para proceder al suero-diagnóstico que dió el siguiente resultado:

<u>Título de disolución del suero.</u>	<u>Gérmenes.</u>	<u>Resultado.</u>
I por 10	M. Melitensis.	Negativo.
	B. Eberth . . . . .	Positivo.
	Paratífus A. . . . .	Positivo.
	Paratífus B. . . . .	Positivo.
	B. Colis. . . . .	Positivo.
I por 50 y I por 100.	M. Melitensis.	Negativo.
	B. Ebsrth. . . . .	Positivo.
	Paratífus A. . . . .	Negativo.
	Paratífus B. . . . .	Negativo.
	B. Colis. . . . .	Negativo.

Vése, pues, claramente por esta investigación complementaria y específica, que el suero del enfermo no contenía aglutinas para el *merococcus melitensis*; que contenía aglutinas de grupo para todos los gérmenes de la flora intestinal, y que contenía aglutinas específicas para el bacilo de Eberth por ser aglutinado a título de dilución más elevada que los restantes gérmenes del grupo. No cabía, pues, duda de que se trataba de un caso de fiebre tifoidea, el cual, por las circunstancias de sintomatología negativa con que se desarrolló y por la forma de comienzo pudiera haber pasado como un caso de gripe, como probablemente pasan muchos, cuando no se hacen estas investigaciones complementarias de naturaleza específica.

Este caso, a mi modo de ver, demuestra elocuentemente la necesidad de que en la clínica particular (de donde procede este enfermo) se generalicen y entren en el dominio de la práctica corriente estas investigaciones complementarias específicas, no sólo por la razón poderosa teórica de saber con exactitud lo que padece el enfermo, sino que también por la razón práctica, más poderosa todavía, de aplicar la terapéutica más apropiada y prescribir las medidas de higiene profiláctica especiales a cada una de las infecciones, medidas que son capaces de evitar una propagación que desde luego podría fomentar el desconocimiento o la ignorancia.

## EL LLAMADO «PULSUS IRREGULARIS PERPETUUS»

Entre las formas de arritmia cardíaca que los estudios de estos últimos años han analizado y esclarecido, es una de las más interesantes y curiosas la conocida con el nombre de «Pulsus irregularis perpetuus» o arritmia permanente.

Corresponde a lo que se calificaba en tiempos pasados como «delirium cordis» o «afollement» de los autores franceses, y es un pulso completamente irregular, tanto en el tamaño y amplitud de las pulsaciones, como en la magnitud de las pausas; puede ser frecuente o raro (hasta de 30 al minuto); pero el tipo frecuente es el más común, alcanzando de 110 a 150 pulsaciones; no existe tampoco relación alguna entre la amplitud de la pulsación y el tamaño de la pausa precedente, por cuyos caracteres esta irregularidad está en contradicción con todas las otras formas de arritmia conocidas.

Tan completa es la irregularidad, que en una larga gráfica del pulso no se encuentran dos trozos ni aun pequeños que puedan ser comparables.

Muchos autores se ocuparon desde hace tiempo de esta perturbación del ritmo, y entre ellos Marey, Riegel y Sommerbrodt lo designaron como pulso mitral, por efecto de haberlo encontrado en las afecciones de esta válvula, muy peculiarmente a la estrechez y a la insuficiencia y estrechez combinadas; Riegel decía de él: «Encontramos con relativa frecuencia una irregularidad de alto grado y larga duración a las miocarditis callosas extensas; en estos casos, aunque se logre elevar las fuerzas del corazón, por medio de la digital, la irregularidad no desaparece, al menos en los casos avanzados. Esta permanencia de la arritmia, después de la digital, en las lesiones valvulares, es siempre un signo ominoso, que demuestra variaciones profundas del músculo cardíaco.»

Sin embargo, muchos autores han hecho posteriormente la observación de que pacientes con «Pulsus irregularis perpetuus» pueden vivir a través de años en un relativo bienestar, cuando sus condiciones personales les permiten llevar una vida tranquila, apartando de sí eventuales complicaciones. Yo puedo citar el caso de una paciente, en la que vengo observando esta forma de irregularidad desde hace año y medio.

El hecho de su persistencia a través del tiempo y aun después del empleo de la digital, ha sido causa de que se le dé el nombre de «irregularis perpetuus», designación no del todo exacta, porque se citan observaciones en las que la arritmia ha desaparecido temporalmente; estos son, no obstante, casos excepcionales.

A más de las lesiones mitrales, ya mencionadas, el «irregularis perpetuus» puede acompañar a la coronarioesclerosis y a algunas formas de miocarditis. Es muy interesante y digno de mención el hecho de que esta irregularidad se estudió hace ya bastantes años en la Clínica de Dehio, relacionándola con graves lesiones anatómicas de las aurículas. Dehio comprobó también en el año 1894 que en todos los casos de arritmia grave permanente, la atropina no ejerce eficacia de ninguna clase.

Mucho ha llamado la atención de los autores el estudio de esta forma de irregularidad cardíaca. Ebstein se ocupó de ella en una comunicación del año 1899.

En 1903 lo estudió Hering (de Praga), considerándolo como una forma peculiar de arritmia y dándole el nombre de «Pulsus irregularis perpetuus», por las razones ya indicadas.

En el mismo año llamaba la atención Mackenzie sobre las formas de arritmia que aparecen en la parálisis de las aurículas: «Donde quiera, dice Mackenzie, que la capacidad de contractión de la aurícula esté alterada, la actividad cardíaca muestra una gran tendencia a las irregularidades; todas las formas de la arritmia pueden sucederse en rápido cambio.

En Marzo de 1906 insistió Hering en la frecuente combinación del «Pulsus irregularis perpetuus», con el pulso venoso ventricular: de 34 casos de pulso venoso ventricular, solamente dos no presentaban arritmia perpetua; pero no había ni un sólo caso de esta arritmia que no presentase el pulso venoso ventricular. En un caso desapareció al «irregularis perpetuus», y con él desapareció también el pulso venoso ventricular, para reaparecer ambos simultáneamente al cabo de algún tiempo. (Hering-Urchio Fur Klin Mediz, 1908.)

Esta coexistencia del pulso venoso ventricular con la irregularidad que estudiamos, había sido también señalada por Mackenzie en 1910, en su libro «Studies of the Pulse», atribuyendo ambos a una causa común, la parálisis de las aurículas.

Hering mencionó también en el citado artículo el hecho interesante de no haber observado nunca «Pulsus irregularis perpetuus» con pulso venoso auricular. Después, en el Congreso XXIII de Medicina interna celebrado aquel mismo año, manifestó la opinión de que aquellos casos descritos por Mackenzie como arritmia por parálisis de la aurícula, correspondían a los que él había descrito con el nombre de «Pulsus irregularis perpetuus».

Mackenzie distinguió primeramente en esta arritmia tres grupos, que luego redujo a dos principales: Casos en que se produce parálisis de la

aurícula, como consecuencia de su distensión y otros en los que la aurícula y el ventrículo se contraen simultáneamente.

En los casos del primer grupo, la distensión de la aurícula consecutiva a los vicios valvulares de la mitral trae como consecuencia una interrupción en la conducción de excitaciones, desde el nódulo de Keith-Flack o nódulo del seno y el de Tawara (en el límite atrio-ventricular).

El segundo grupo de casos, dice Mackenzie, viene a observación en la arterioesclerosis cardíaca, y es debido, según el autor, a una excitabilidad anormal del nódulo de Tawara, del cual partiría una excitación anómala, que daría por resultado la contracción simultánea de la aurícula y el ventrículo (ritmo nodal).

Según Wenkebach y Freund, la arritmia perpetua será debida a un bloqueo (interrupción de la conducción) entre el nódulo del seno y la musculatura de la aurícula. Las experiencias practicadas en los animales, entre ellas las de Magnus-Aleleben y Jäger, no parecen confirmar esta teoría, por cuanto al ser destruido el nódulo de Keith-Flack o Talter en comunicación con la aurícula, otros puntos de ésta se convierten en centros automáticos, se presenta, pues, automatismo auricular; pero no la arritmia en cuestión.

En cambio, las investigaciones experimentales y las observaciones electrocardiográficas de Rothberger y Winterberg, han demostrado que el hecho más constante y transcendental de la arritmia que estudiamos, es la fibrilación (*fimmern*) de las aurículas, y en consecuencia de ello la han dado el nombre de *Flimmerarythmie*.

Independientemente de estos autores, llegó a alcanzar el mismo resultado Thomas Lewis, uno de los que mejor y más profundamente han atendido estos asuntos.

La fibrilación de las aurículas es un curioso fenómeno, que fué producido experimentalmente por Fredericer en el año 1905. Este autor interrumpe la comunicación entre la aurícula y el ventrículo por destrucción del fascículo de His, y excitando después la aurícula por corrientes farádicas, llegaba a producir la fibrilación de la misma, la corriente farádica aplicada a la aurícula, hace cesar como de golpe la rítmica actividad coordinada del corazón, y en vez de la contracción fuerte que en un solo momento comprende toda la musculatura de la aurícula, aparecen en ella una serie de finas sacudidas musculares, que recuerdan las ondulaciones de una superficie líquida movida por el viento, o aún mejor, pueden compararse, como lo hacen Rothberger y Winterberg, a las contracciones fibrilares de la lengua en los casos de parálisis bulbar.

Esta fibrilación de la aurícula no tiene significación impulsiva para la sangre, para cuyo respecto vale tanto como si la aurícula estuviese paralizada, y por ello se comprende bien que en las gráficas del pulso venoso falta la elevación *A*, correspondiente a la contracción de la aurícula.

La aparición de la elevación *V* correspondiente a la contracción del ventrículo, tiene para Mackenzie la significación de una insuficiencia tricúspide concomitante, mientras que Hering no cree imprescindible la aparición de tal insuficiencia. Cualquiera que sea su causa, la existencia del pulso venoso ventricular y la falta de la elevación correspondiente al sístole de la aurícula, parecen ser los acompañantes obligados del pulso irregular perpetuo.

Los electrocardiogramos obtenidos en estos enfermos corroboran los datos anteriores; en ellos falta la elevación o P (según la nomenclatura aceptada) correspondiente á la contracción de la aurícula, y en su lugar suelen presentarse una serie de pequeñas sacudidas, representantes de la fibrilación auricular.

Grandes han sido en estos últimos tiempos los esfuerzos de los investigadores por determinar las lesiones anatómicas correspondientes al «irregularis perpetuus» y en consonancia con ellas aclarar la patogenia de la curiosa alteración.

Aunque todavía no está cerrado el protocolo de autopsias correspondientes a este proceso, y los resultados de ellas no son del todo concordes, muchos autores, y entre ellos especialmente Edinger y Schönberg han encontrado en los casos de arritmia perpetua alteraciones anatómicas en el territorio de desembocadura de la cara superior y en la musculatura de la aurícula. Puede suponerse que la fibrilación aparece porque existiendo dificultades al paso de la excitación normal, desde las venas a la aurícula, y siendo éste anormalmente excitable, aparecen en distintos puntos de la misma anómalas excitaciones heterotopas, con lo que en lugar de venir la aurícula a una contracción normal, se originaría en ella una serie de contracciones parciales e incoordinadas, como las que produce la corriente farádica en la experiencia de Fredericq (fibrilación).

No está aún dicha la última palabra sobre asunto tan interesante; pero de lo que hoy se sabe, parece deducirse la gran importancia funcional de la aurícula, que no es, como antes creíamos, un sencillo saco muscular, simple reservorio de sangre para los ventrículos, sino que es algo muy importante biológicamente y de sus lesiones pueden resultar síndromes especiales, de gran importancia para el diagnóstico de localización, el pronóstico y el tratamiento.

El diagnóstico de localización en las enfermedades del miocardio, ha empezado a vislumbrarse en época reciente y hace concebir grandes esperanzas para el futuro. La distinta importancia funcional que algunos fascículos poseen, ha permitido comprender algunas cosas que antes parecían inexplicables; por ejemplo: el hecho de que la gravedad de los síntomas no estuviera muchas veces en proporción con la magnitud de las lesiones, pues desde antiguo se venía observando que corazones con focos extensos de miocarditis, podían sostener su función a través de largos años, mientras que en otros casos la asistolia y la muerte sobrevienen con rapidez a corazones cuya autopsia revelaba lesiones casi imperceptibles.

Quizá dentro de poco pueda hacerse en las enfermedades cardíacas un diagnóstico topográfico tan preciso como el que hoy podemos hacer en las enfermedades encefálicas o medulares.

Y terminemos con una consideración de orden práctico: cuando vemos que una de estas arritmias subsiste después del empleo de la digital, administrada de modo conveniente, es vana pretensión el querer dominar la arritmia forzando la dosis o prolongando indebidamente el uso de la medicación. La arritmia estriba, en tales casos, en las condiciones de la lesión, el uso inmoderado de la medicina puede ocasionar muchas veces accidentes de gravedad.

A. del Cañizo.

Catedrático de Patología Médica.

Salamanca, Noviembre 9-1913.

## ENTRE PARABÚLICOS

**Un hecho.**—La Psiquiatría estudia cuantas anomalías ofrecen en su ejercicio las facultades de pensar, sentir y querer de las almas. Escudriña, pues, como ninguna otra ciencia, tanto la idea como la acción de la Humanidad. No es exclusivamente médica; *es humana*. Voy a examinar ahora un acto que leí en 10 del pasado Abril, en un telegrama del *Heraldo de Madrid*. «París 9, *Le Matin* publica hoy una carta fechada en la posesión francesa de la Guyana, donde como es sabido, existe una colonia penitenciaria, a la que son destinados los condenados a trabajos forzados. Da cuenta la carta de un horroroso acto de canibalismo, cometido por cuatro reclusos que se fugaron del penal, internándose en los bosques vírgenes de aquella región y siguiendo la orilla del Maroni. Durante varios días erraron a la ventura entre las selvas, y las fiebres palúdicas, allí tan comunes, se apoderaron de uno de los fugados. Los tres compañeros, extenuados por la fatiga y el hambre, acordaron darle muerte y así lo hicieron, poniéndole después a asar sobre unas hogueras. Cuando creyeron que la carne estaba en sazón y bien asada para ser digerida, hicieron tres divisiones y se comieron parte del cadáver del desventurado recluso, hasta que sólo quedaron los huesos. Pocos días después, fueron aprehendidos por la guardia enviada en su persecución, y al ingresar en el penal confesaron la monstruosidad que habían cometido».

**Valoración.**—Aquí tenemos un hecho de la vida real que sobrepuja a cuanto la imaginación del novelista más extremado en sus concepciones artísticas, puede concebir. Pertenece al dominio de la Psiquiatría, sin género de duda. En virtud del principio que dice: *la naturaleza del acto revela la condición del agente*, el cual es axiomático en Ética, ese mal lo cometieron seres enloquecidos, de cuyas conciencias desapareció, en un instante, el sentido diferenciador del bien y del mal. A demostrarlo voy.

**Los trabajos forzados.**—Exige la lógica, antes de pasar adelante, estudiar el peri-cosmos moral de los individuos. Y nos encontramos con que eran habitantes de un presidio. Es decir, que sus actos les habían conducido a él, rechazados, por su condición de antisociales, de la sociedad civilizada, en cuyo seno habían nacido. La teoría de la relación inter-psíquica nos enseña que cada uno recogerá lo que siembre y *se encontrará en aquella situación que por sus obras personales merezca*. Creed, que aquel que sólo es apto para cavar la tierra, no será llamado a una cátedra para enseñar, ni a presidir un Consejo de Ministros. Esto, que es de evidencia inmediata, lo expresó Salomón diciendo: *Si fueres sabio, para tí lo serás; más si escarnecedor, pagarás tú solo*. ¿A quien pudo reprochar Oscar Wilde, por ejemplo, su suerte desventurada de acabar en un presidio? A él mismo, por ignorar la ciencia del cuerdo, que es *entender su camino*.

**Vida de dolor y ansia de libertad.**—Es condición humana desear aquello de que se carece. Son muy pocos los hombres que no desean nada, si se exceptúan los imbéciles, idiotas y cretinos; esto es, los degenerados de los grados más profundos. Aun el pensador o el santo más desasido de la realidad corpórea, más entregado a la vida aislada de su alma, que llamó Kempis *vida interior*, aun ese, siente el deseo incesante de progresar (llamamiento de Dios en las conciencias). ¿Qué no sentirán, pues, los que se hallen

en un presidio; verdadero antro siempre, estercolero moral donde todas las formas de la ignominia tienen su asiento, desde las aberraciones sexuales hasta las imposiciones absurdas del canallesco matón? Uno es, por tanto, el anhelo de un preso, ser libre; hacer cesar el dolor que experimenta, transformándole en la alegría que cree existe fuera de aquellos muros.

**Errantes en las selvas.**—En el caso concreto que estudio, esa empresa de la evasión estaba rodeada de enormes dificultades.

Esas colonias penitenciarias están muy bien vigiladas; el pensamiento sale de ellas fácilmente, porque es libre y para él están demás las guardias y los cerrojos; domina el espacio y el tiempo y es el sello celestial de nuestra naturaleza.

No están sencillo que los cuerpos logren lo que tan pronto alcanzan los deseos sujetos ignorantes, porque de no serlo, no se habrían apartado del bien; sin conocimientos topográficos de la Guyana, desorientados y perdidos en bosques impenetrables; ¿cómo no ver en ellos seres que iban más hacia la muerte que hacia la consecución de la anhelada libertad? Su propósito era de aquellos que reclaman con urgencia la luz del sol de la ciencia.

**La fatiga, el hambre y el calor, enloquecen.**—Conseguida la evasión, aparecieron estos tres factores para impedirles el éxito definitivo. La fatiga en un país enervante, como la Guyana, es mucho más anto-intoxicadora que en nuestros climas. Desde Mosso, se sabe que cansarse, es envenenarse, lo mismo para los trabajadores del músculo, que para los de la inteligencia. Y si este cansancio recae en individuos emocionados como éstos, el proceso patológico es más rápido. El hambre obra debilitando la sucesión atómica continua, función intransitiva esencial de los órganos. El calor en estas zonas tórridas, está demostrado por la experiencia que es productor de estados delirantes. (Véase un trabajo mío anterior sobre *la Psicosis de los países cálidos*).

**¡Ay, de los débiles!**—Breno dijo a los romanos: ¡Ay, de los vencidos! Lo mismo puede decirse de los decaídos entre los parabólicos. La parabulia es el pleno dominio de la animalidad en el sér y el eclipse mayor de su racionalidad. No hubo entre esos tres hombres (hay que llamarles así por la forma, no por la esencia), uno que se compadeciese del compañero enfermo y comprendiese esa virtud del olvido propio por el ajeno bien, que Jesús enseñó, con la palabra, en la parábola del samaritano compasivo, y con el ejemplo, en todos los actos de su vida sublime. Vieron en él un sér a quien había que atender y cuidar; *que proporcionaba trabajo*, que retardaba la fuga; en una palabra, un estorbo. Había que matarle. Y como lo pensaron, lo hicieron.

**Retrogradación a la antropofagia.**—Que un salvaje, perteneciente a una tribu africana, para la cual ésta sea una práctica consagrada, a veces, por su religión y recomendada por su hechiceros, la ejecute sin el menor escrúpulo, se explica por la limitación de sus ideas, de su sentido moral, el cual es rudimentario, y por el ejemplo contagiado de lo que siempre ha visto. Pero que hombres que han vivido en una nación civilizada, que han recibido las nociones éticas necesarias a la conveniencia social, por medio de la instrucción y de la educación, siquiera sea en grado mínimo, se conviertan en antropólogos de ocasión, esto sólo puede ser obra de un acceso repentino de verdadera locura.

**El remordimiento y la confesión.**—La prueba más evidente de lo que

acabo de escribir, es la imagen horrible que quedó en sus endo-cosmos de aquella escena bestial. Era tan intensa, les producía tal angustia, que cuando se vieron ante sus superiores, se apresuraron a confesarles su crimen.

Es el mismo sentimiento de dolor, tanto más irresistible cuanto más secreto, que obliga a muchos autores de iniquidades ignoradas, y por consiguiente no perseguidas por la justicia humana, a echarse a los pies de un sacerdote, para desahogar en él su conciencia y pedirle consejo sobre lo que deben hacer.

Es la ley natural vulnerada que les castiga en el interior, por el doble mecanismo de la idea fija y de la imagen obsesionante.

¿Hay derecho para usar castigos inhumanos? — Una vez más repetiré la idea cristiana por excelencia, que es, el único remedio efectivo del mal, es *la caridad infinita*. Con el predominio perpetuo del amor, desaparecerá el odio.

Sociedad, devolviendo a los delincuentes mal por mal, no lograrás otra cosa que intensificar su aborrecimiento hacia tí. Si siembras con tus manos castigos irracionales, segarás cosecha abundante de deshumanizados parábolicos. Respetando tú la ley de amor, lograrás que ellos también la respeten. No castigues nunca. *Perdona siempre* (reacción racional). Tú has reaccionado hasta ahora a las impresiones antipáticas, con movimientos repulsivos (reacción animal). *Los castigos son los medios de cultivo del mal*. Dos recursos tienes para comprenderlo; el hogar (amor), y la letra de molde (ciencia).

Dr. Abdón Sánchez-Herrero.

Director del Sanatorio del Pilar de la Beneficencia municipal, por oposición.

Junio 1913.

## PAPEL DEL TIPO BOVINO EN LA TUBERCULOSIS HUMANA

(CONTINUACIÓN)

### II

Si admitimos la transformación del bacilo tipo bovino en tipo humano, en el organismo del hombre, como consecuencia de su adaptación al medio, sea esta adaptación más o menos rápido, tenemos planteada una dificultad muy respetable para resolver el problema de la contagiosidad para el hombre de la tuberculosis bovina. En efecto, admitido esto, el diagnóstico bacteriológico pierde todo su valor como indicador de orígenes; el hecho de que en las lesiones tuberculosas del hombre se encuentren bacilos tipo humano perfectamente definido, no resolverá las dudas que se tengan acerca del origen de la infección puesto que lo mismo pueden ser aquellos bacilos, humanos *por génesis*, que humanos *por evolución*. ¿Quién que no demuestre previamente la invariabilidad morfológica de los bacilos tuberculosos, se atreverá a reducir a términos precisos la valoración del peligro que representa la tuberculosis bovina? Por esto, nos parece un tanto aven-

turada, quizás atrevida, la afirmación rotunda hecha por Calmette en «*Bulletin de l'Institut Pasteur*» de que la infección de origen bovino es de una importancia *minima* para el hombre.

Bien es verdad que hay opiniones para todos los gustos y que frente a la de Calmette pueden colocarse otras, no menos autorizadas; he aquí el resultado obtenido por Park, cuyos trabajos no pueden perderse de vista, cuando de tuberculosis se trata, en sus investigaciones acerca de la proporcionalidad en que se encuentran el tipo humano y bovino en lesiones tuberculosas del hombre, según las edades:

	Humano.	Bovino.
De 0 a 5 años.	73'50 por 100.	26'50 por 100.
» 6 a 16 »	73'00 » »	25'00 » »
Por encima de 16 »	98'69 » »	1'31 » »

Este cuadro se presta a consideraciones interesantísimas relacionadas con la admitida progresión evolutiva del bovino hacia el humano. La disminución observada en el tanto por ciento correspondiente al tipo bovino por encima de los 16 años, puede ser debida, y de hecho lo es en gran parte, a que durante las primeras edades el peligro de infección por la leche, es mayor; en esto están acordes aún los que con más optimismo han tratado la cuestión; así lo reconoce el mismo Calmette aconsejando «guardarse de alimentar a los niños con leche cuyo origen sea sospechoso». Pero cabe pensar en otro coeficiente que influya en la expresada proporcionalidad, y he aquí como lo interpretamos nosotros. La tuberculosis pulmonar no es, en la mayoría de los casos, sino la manifestación de *término*, por así decirlo, de una infección *linfática* al principio, después *sanguínea* y desde luego, *muy antigua*. En los niños, como en los animales jóvenes (los más receptivos) la infección bacilar linfática y sanguínea afecta, muchas veces, la marcha de una *septicemia* (tifo bacilosis de Landouzy) que no siempre termina por la formación de *lesiones foliculares* o de *tubérculos* y que es, frecuentemente, curable. Es corriente que los bacilos constituyen focos de vida simbiótica con las células linfáticas de diversos órganos; las lesiones foliculares existen y el individuo es tuberculoso, pero esta tuberculosis puede permanecer indefinidamente o durante muchos años, *latente*, denunciada únicamente por las reacciones tuberculínicas. Siendo esto así, como lo es en un gran número de casos, es perfectamente posible que en ese período de vida simbiótica, los bacilos bovinos se transforman y que cuando las lesiones tuberculosas se denuncian por síntomas encierran bacilos con todos los caracteres del tipo humano; no es violento, por lo tanto, admitir que la proporción 1'31 por 100 fijada por Park, es *virtual*, no real y que a esta cifra hay que aumentar el resultado de un *cálculo de probabilidades* que, no será nada científico pero que no debe desdeñarse hasta tanto que puedan formularse conclusiones definitivas sólidamente garantizadas por la ciencia. Y que no ofrecen esta garantía las conclusiones hasta ahora formuladas lo prueba su misma diversidad: Gosio (de Roma) asegura que sólo una vez, de 120 observaciones, ha encontrado bacilo tipo bovino en lesiones humanas; en cambio, Griffith (de Londres) ha comprobado seis veces, en once niños, el tipo bovino y dos veces en 10 observaciones, en esputos de adul-

tos, lo que da una proporción de 20 por 100 muy distante, por cierto, de la 1'31 fijada por Park para los adultos.

El mismo Gosio deduce de sus trabajos, que no existe ninguna relación entre los focos de tuberculosis bovina y los de tuberculosis humana, y Veste, por el contrario, estudiando la cuestión en las mismas regiones que Gosio, ha creído comprobar que la tuberculosis mesentérica del niño es tanto más frecuente cuanto más extendida está la tuberculosis bovina.

Yatta no cree en el peligro bovino y como argumento definitivo utiliza el hecho de que la tuberculosis humana se debe a un agente que no es patógeno para los bóvidos. Este argumento tiene tanto de ineficaz como de aventurado, puesto que no sería difícil que Eber y algún otro demostraran la infecciosidad del bacilo humano para los bóvidos; y aun admitiendo los hechos tal como Yatta los presenta, el tipo humano no será patógeno para el buey, pero la contagiosidad para el hombre del tipo bovino está comprobada. Verdad es que el autor está tan convencido de sus opiniones que se contradice manifiestamente reconociendo en el VII Congreso de la Tuberculosis «que no se puede negar el peligro de la leche tuberculosa, sobre todo para los niños».

Nathan Raw va más lejos en sus apreciaciones, detallando que la tuberculosis miliar, peritoneal, ganglionar, meningítica, el lupus y las formas llamadas quirúrgicas son debidas a infecciones de origen bovino, al tipo humano corresponden la tisis pulmonar y las ulceraciones intestinales.

Pero no obstante esta diversidad de opiniones, es unánime el acuerdo que existe sobre la siguiente conclusión aprobada en el Congreso citado; «las medidas encaminadas a evitar el consumo de alimento que contengan bacilos tuberculosos bovinos, han de tener por consecuencia, una disminución de la tuberculosis humana».

Manuel Medina.  
Veterinario Militar.

(Continuará.)

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

En Melilla se ha constituido una sociedad médica por iniciativa del ilustrado doctor perteneciente al cuerpo de Sanidad Militar D. Antonio Navarro.

\*  
\*\*

### SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

*Sesión del día 1.º de Diciembre.*

**Un caso de esclerosis cerebro-espinal múltiple.**—El Dr. Fernández Sanz manifiesta que el enfermo que presenta a la Academia, por el temblor intencional, nistagmus, abolición del reflejo abdominal y otros varios caracteres, puede muy bien ser diagnosticado de esta afección. De todos estos síntomas, el más interesante es el que se refiere al temblor, que pudiera originar algunas dudas diagnósticas, pues aunque tiene los caracteres de la

esclerosis, guarda alguna analogía con el de la enfermedad de Friederig; es un movimiento desordenado, que tiene lugar del mismo con los ojos abiertos que cerrados; en el miembro inferior también existe, si bien no es tan pronunciado; lo que llamó la atención de este caso es su hemilateralidad. Respecto a la etiología, el enfermo la refiere a la emoción que se produjo al ser víctima de una imputación que ofendía su honor, y esto es interesante, porque el comienzo de la afección es aquí, como en el histerismo, muy dudoso, desempeñando el dato emotivo el papel revelador. El tratamiento a que está sometido este enfermo es el de la tiodina, y será después sometido a los rayos, pues los remedios usales de yoduro, estrignina, etc., apenas producen ostensibles mejorías. Con el tratamiento indicado ha obtenido un estacionamiento de la marcha del proceso y hasta alguna mejoría, si bien conviene tener en cuenta las remisiones que a veces se presentan en estas dolencias.

El Dr. Tapia, de explicar el mecanismo de producción del nistagmus, recordando que, como todos sabemos, se produce por el movimiento que la corriente endolinfática produce en las pestañas de la cúpula en los conductos semicirculares, hace presente que son tres los procedimientos para provocar el nistagmus: el llamado signo de la fístula, que se obtiene por compresión, y que desde luego eliminaré; la exploración rotatoria, que se efectúa dando diez vueltas de izquierda a derecha en veinte segundos, con cuyo método se observa el nistagmus post-rotatorio, y, por último, el procedimiento calórico, para lo que existen diversos aparatos; pero lo más corriente es el agua fría a 24°; éste es el que más conviene emplear, puesto que puede explorarse en ambos lados, lo que siempre es necesario.

**Historia clínica de un enfermo de fiebre de Malta.**—El Dr. García Sierra manifiesta que fué llamado para una enferma que desde hace catorce meses padeció un acceso febril que duró veinte días; a las pocas semanas se reprodujo. Mejorada, fué a Guadarrama, donde realizó sport de nieve, sintiéndose allí tan mal después de esto, que hubieron de traerla en un estado lamentable; desde entonces, con períodos de mejoría o empeoramiento, continúan.

Un examen clínico me dió la impresión de anemia palúdica, pues se había olvidado consignar había estado en un pueblo de la provincia de Toledo donde había paludismo. Hecho el análisis de sangre, resultó negativo para el nematozario, así como también para el bacilo tífico; no existían formas anómalas de glóbulos rojos, encontrándose aglutinación para el micrococcus melitensis, al 1 por 30; fundándose en esto, a falta de otros datos hemáticos, el diagnóstico de fiebre de Malta.

La enferma, que estaba sometida a sopa, vegetales y a la quinina como tónica y febrífuga, fué sometida al tratamiento seroterápico, siendo llamado el Dr. Durán para aplicar el suero antimelitense, que no ofrecía gran peligro, porque no es bacteriolítico, sino opsónico. Se practicó una primera inyección y, no observándose ningún contratiempo, se repitió a las cuarenta y ocho horas, sobreviniendo poco después hemorragias tan copiosas, que la enferma sucumbió, a pesar de recurrir a cuantos procedimientos podían emplearse, debido sin duda a su estado hemofílico.

El Dr. García Sierra termina estableciendo diferentes excursiones a saber: la fiebre de Malta es más frecuente de lo que parece; que no hay modo de diagnosticarla sin efectuar el análisis de la sangre; debe existir

desde luego una forma hemofílica; el pronóstico ha de estar relacionado con la insuficiencia hepática. Ruego a los señores académicos se sirvan exponer su criterio sobre este caso para si es posible interpretar el fracaso del suero.

El Dr. Escudé solicita del Dr. García Sierra alguna aclaración respecto al análisis de sangre y también, respecto al suero inyectado, si ha sido calentado o no y si se han efectuado hemoculturas, pues la aglutinación de I por 30 no es suficiente para formular el diagnóstico de fiebre de Malta; dice prefiere la bacterioterapia a la seroterapia.

El Dr. Mayoral coincide con el Dr. Escudé en que la aglutinación no es suficiente, extendiéndose en consideraciones sobre los diferentes sucesos y su manera de obrar y sobre la necesidad de practicar hemoculturas.

El Dr. Fernández Sanz duda fuese fiebre de Malta la que padeció la enferma; dice que la dosificación de los sueros en opsónicos y bacteriolísicos es puramente artificial, manifestando su criterio de que de todas suertes, dadas las condiciones en que se encontraba la enferma, hubiese fallecido, aparte de que el Dr. García Sierra hizo para salvarla cuanto estuvo a su alcance.

El Dr. Cifuentes, para corroborar el hecho de que la aglutinación no es suficiente para establecer el diagnóstico de fiebre de Malta, cita dos casos vistos por él, en los que existía dicha aglutinación, uno de tuberculosis peritoneal, que falleció algunos meses después de tuberculosis pulmonar, y otro de fiebre urinosa, en el que la aplicación de la sonda permanente hacía cesar la fiebre, repitiéndose este hecho varias veces.

El Dr. García Sierra, después de contestar a los señores que intervinieron en la discusión, dedicó algún momento más a comentar su intervención en el caso historiado que ha motivado su interesante comunicación.

Dr. Carlos Lacaba.

(De *España Médica*.)

## LA «CRUZ ROJA» EN LA PROMESA

Día grande para los exploradores, el designado a prometer fidelidad a nuestro código y amor a nuestra bandera. Hasta el sol, oculto durante muchos días, quiso asomarse, radiante y espléndido, a contemplar la pequeña tropa que desde muy temprano aguardaba impaciente la llegada de los compañeros de Madrid y Villatobas, invitados a presenciar el acto.

Una comisión de exploradores toledanos, bajó a recibirlos, y a las diez próximamente, nos encaminamos a la Vega, formando en el centro del paseo, y frente a la tribuna que habían de ocupar las autoridades e invitados.

También acudieron los alumnos de la Academia y Colegio de Huérfanos, dando con ello una prueba de afecto y simpatía hacia nuestra asociación. No olvidaron que los exploradores de hoy, serán los soldados de mañana.

Bien quisiera yo hacer una reseña detallada y minuciosa de toda la fiesta, pero me lo impide la falta de tiempo y espacio. Tendré pues que

limitarme a lo que a mi juicio constiyo la nota más interesante y la que mejor revela el afán y entusiasmo de nuestros instructores y muy en



especial del ilustrado y culto Dr. Piga. Me refiero a las prácticas de la Cruz Roja.

Los vendajes de cabeza, tórax, brazos y piernas, ejecutados por diferentes exploradores de la sección, así como el perfecto conocimiento que demostraron de cuanto se refiere a primeros auxilios en caso de indisposición repentina, fueron una prueba admirable del interés y celo de cuantos han contribuido con sus desvelos e inteligencia, a que nuestra sección



se encuentra a la altura de las primeras que hoy existen de esta índole, no ya en España sino en el extranjero.

El *clou*, por así decirlo, de la fiesta, lo constituyó la prueba de una camilla de campaña invención de los instructores Sres. González y Soler, que montada sobre dos bicicletas por medio de una ingeniosa combinación de varillas, permite el transporte de los heridos con rapidez y comodidad.

Los inventores fueron muy elogiados; también yo, modestamente, les envío desde aquí mi felicitación respetuosa.

No he de terminar estas líneas, sin enviar también un saludo a nuestro presidente Sr. San Pedro, que al final del acto nos dirigió la palabra, aconsejándonos en fácil y sentida frase, perseverar en la obediencia y fe juradas; así como igualmente la expresión de agradecimiento y cariño a nuestros instructores que tanto hacen por el bien de la asociación y sobre todo muy particularmente, a nuestro queridísimo jefe, el infatigable doctor Piga, a cuyas enseñanzas debemos los aplausos y elogios que alcanzamos el día de la Promesa.

Una linda mañana, que no hemos de olvidar en mucho tiempo.

Juan de Priede.

Jefe de la Cruz Roja de la tropa toledana.

14-Diciembre-913.

Instituto de Higiene y de Patología experimental del Dr. Ferrán (Barcelona).

## Instrucciones para la aplicación de las vacunas contra las fiebres tifoideas.

### Vacunación y suero-terapia antiséptica.

**Vacuna antitífica sensibilizada.**—La vacuna antitífica en cuya aplicación fuimos los primeros, hace más de veinticinco años en el Laboratorio microbiológico municipal de Barcelona, ha sido objeto posteriormente de un perfeccionamiento importante debido a los doctores Metchnikoff y Besredka.

En aquella época, relativamente remota, nos vacunamos inyectándonos 1 cm<sup>3</sup> de cultivo vivo de bacilos del tifus, que databa de tres meses y vacunamos también a una brigada de obreros del Ayuntamiento encargados de la limpieza de cloacas. Con posterioridad se han ido haciendo en distintos países aplicaciones de la vacuna antitífica, siempre con éxito indiscutible.

La evolución cronológica de este recurso profiláctico y medio terapéutico en el hombre, puede condensarse en las siguientes efemérides:

1887.—Ferrán (España).

1898.—Chantemesse y Widal (Asia, Africa, Japón, Estados Unidos, Francia); Pfeiffer y Kolle (Alemania); Wright (Inglaterra).

1903.—Wassermann y otros (Alemania, Rusia, etc.).

1907.—Russell (Cuba).

1911.—Chicote (España).

1912.—Vicent (Francia y Marruecos).

1912.—Lumière y Chevrotés (Francia).

1913.—Guerra (España).

Su perfeccionamiento, debido a Metchnikoff y a Besredka, consiste en haber unido las bacterias agentes de la fiebre tifoidea a sus homólogos anticuerpos o sensibilizadores; pues, sabido es que, de este modo, se favorece enormemente la digestión de tales bacterias realizada por las células del organismo, y la consiguiente asimilación de las mismas.

La base fisiológica que le da a esta vacuna una superioridad indiscutible sobre las vacunas antitíficas no sensibilizadas, es bien conocida de todos.

Sabido es que nuestro organismo se inmuniza digiriendo y asimilando los microbios. Como consecuencia de esta asimilación las células elaboran principios antimicrobianos (antitoxinas, anticuerpos o sensibilizadores, que todo es lo mismo). Estos principios se fijan en los microbios impregnándolos a la manera como las sustancias tintóreas impregnan a las fibras textiles. De tal modo se adhieren a las bacterias, que no se desprenden de ellas aunque las lavemos repetidas veces. Cuando se ha efectuado esta unión, se dice que las bacterias quedaron sensibilizadas.

Lo que hay en esto de más interesante consiste en que así como las bacterias no sensibilizadas se defienden y luchan victoriosamente, estando sensibilizadas, son, por el contrario, rápidamente digeridas y asimiladas, produciendo, como consecuencia, la inmunización específica del organismo.

Ya es sabido cómo las sensibilizadoras se acumulan en el suero sanguíneo de los animales previamente sometidos a reiteradas inyecciones bacterianas. Su obtención no ofrece, por lo tanto, dificultades.

Si fuera del organismo mezclamos cultivo microbiano con su homóloga sensibilizadora, al cabo de cierto tiempo, las bacterias y la sensibilizadora, se habrán unido íntimamente constituyendo una vacuna sensibilizada.

Las bacterias de la vacuna antitífica por nosotros preparada, están por consiguiente, unidas de este modo a su sensibilizadora específica. Por esto, al ser inyectadas, son fácilmente destruidas *in situ* y asimiladas, no pudiendo, por consiguiente, generalizarse.

Esta vacuna produce, a igual dosis, reacciones menos molestas y una cantidad de inmunidad mayor que la vacuna no sensibilizada.

No ofrece el menor peligro ni aun en aquellos casos en que los individuos, al vacunarse, están ya contaminados.

Inyectada a los enfermos de tífus acorta la duración de la enfermedad y la vuelve menos peligrosa.

Es tan inofensiva, que puede decirse que carece de contraindicaciones.

Su inocuidad permite gran latitud en su posología. Ha habido individuo que ha soportado, sin contratiempo, dosis de 5 y de 10 cm<sup>3</sup> en una sola vez.

La prudencia aconseja, sin embargo, no sobrepasar la dosis de 2 cm<sup>3</sup> repetida una sola vez al cabo de siete u ocho días.

Estando la vacuna graduada a 500 millones de bacterias por centímetro cúbico, con la vacunación y la revacunación se inyectan en total unos 1.000 millones de bacterias.

No debe inyectarse esta vacuna en el tejido muscular porque provoca en él reacciones molestas. Inyéctese siempre en el tejido celular subcutáneo.

La espalda, la región posterior de los brazos y la pared del abdomen, serán las regiones preferentemente elegidas para inyectar esta vacuna.

En el punto de la piel donde haya de clavarse la aguja, dése una pincelada de tintura de iodo y procúrese que la inyección no se haga en el espe-

sor de la piel, ni debajo de la aponeurosis, sino, como hemos dicho, en el tejido celular subcutáneo de la región elegida.

Huelga añadir que el operador ha de tomar toda clase de precauciones de limpieza y de asepsia que son de rigor, en sí, en la jeringuilla y en el sujeto que va a ser vacunado.

Ordinariamente la vacunación antitífica no impide que, después de vacunado, pueda uno dedicarse a sus habituales ocupaciones. Si éstas exigen considerables esfuerzos musculares, mejor será que el individuo guarde reposo durante veinticuatro horas.

Las vacunaciones antitíficas se practicarán, preferentemente, entre las tres y las seis de la tarde, porque de este modo las ligeras molestias que ocasionarían en estado de vigilia, pasan desapercibidas durante el sueño.

Es mala costumbre la que tienen algunos de practicar el masaje de la zona donde han dado una inyección hipodérmica. Esto resulta inútil, molesto y hasta contraproducente.

La vacuna sensibilizada conserva, casi indefinidamente, sus propiedades inmunizantes si se la guarda en sitio obscuro y fresco.

Como todas las demás vacunas que nosotros preparamos, la vacuna antitífica va contenida en tubos herméticamente cerrados al soplete.

Antes de destapar un tubo conviene agitarlo con vigor hasta que se haya emulsionado el sedimento de bacterias que se haya formado con el reposo.

Para destapar un tubo de vacuna se practica en su extremidad afilada, un trazo con una lima o con el borde cortante de un fragmento de pedernal. Luego se le da una pincelada de tintura de oído y cuando está seca se le coje y trata de doblar con una pinza esterilizada para que, con el esfuerzo, se rompa. Hecho esto, aspírese la vacuna con la jeringuilla e inyéctese.

Después de la vacunación de cada individuo, desinféctese la jeringuilla aspirando varias veces agua hervida, y, por último, agua fenicada al 2 por 100.

Para librarse de toda reacción febril, los individuos en quienes no estén contraindicadas la antipirina y la aspirina, podrán tomar, una o dos horas después de vacunados, un gramo de la primera o medio gramo de la segunda de estas substancias.

Practicada la primera vacunación a la dosis de 2 cm<sup>3</sup>, se dejan transcurrir de siete a diez días y se da otra inyección a igual dosis.

Los 2 cm<sup>3</sup> de vacuna, se inyectarán ambas veces en dos sitios distintos; 1 cm<sup>3</sup> en cada lado del cuerpo. Si, por ejemplo, se eligen los brazos, inyéctese 1 cm<sup>3</sup> en el derecho y otro en el izquierdo.

Pocas horas después aparece, en el sitio de la inyección, una placa crítematosa, saliente, dolorosa a la presión y de una extensión variable. Este efecto tiende a desaparecer a las veinticuatro horas.

La elevación de temperatura no suele pasar de 38° y dura poco. Han ocurrido, sin embargo, casos, rarísimos por cierto, en que se ha llegado hasta 39,3°. Estos excepcionales casos de reacciones intensas dependen, no de la vacuna, sino de condiciones individuales que no pueden preverse. Estas temperaturas elevadas van seguidas de una crisis de sudores profusos. Después de veinticuatro o treinta y seis horas todo se normaliza.

El dolor en el sitio de la inyección no es espontáneamente molesto ni va acompañado de curvatura, adenitis y cefalea.

Tanto los fenómenos locales como los generales se parecen bastante,

por su calidad e intensidad, a los que se observan en las vacunaciones anticolérica y antipestosa.

**TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA POR LA VACUNA SENSIBILIZADA.**—Este tratamiento resulta tanto más eficaz cuanto más pronto se recurre a él. Oportunamente aplicado abrevia la duración de la enfermedad, modera la intensidad de sus síntomas, disminuye las recaídas, eleva el poder bactericida de los humores de los enfermos, y los anticuerpos aparecen en ellos más pronto y en mayor cantidad.

La inyección de vacuna sensibilizada se repite cada tres días.

La dosis se aumentará, gradualmente, comenzando por una inyección de medio o de 1 cm<sup>3</sup>. Por lo común bastan 4 ó 5 inyecciones, siendo la última de 2 a 3 cm<sup>3</sup>. No hay necesidad de modificar en lo más mínimo el tratamiento general de estos enfermos.

Las inyecciones son bien toleradas, no agravan la situación del paciente y son compatibles con los baños fríos y con los otros recursos de la terapéutica clásica. Sus efectos comienzan a notarse al cabo de tres días.

**VACUNACIÓN ANTITÍFICA CON VACUNA MUERTA.**—La vacuna antitífica puede también prepararse con bacterias muertas, sometiéndolas, durante una hora, a la temperatura de 56° o matándolas con éter.

Ni el calor ni el éter dejan completamente íntegras sus propiedades inmunizantes; por esto, en igualdad de condiciones, inmunizan menos que las vacunas vivas sensibilizadas.

Su aplicación resulta molesta, no porque produzca reacciones fuertes, sino porque, además de la vacunación, ha de someterse uno a tres revacunaciones si desea obtener el mismo grado de inmunidad que confiere una sola vacunación y revacunación hecha con vacuna sensibilizada.

Así como la vacuna sensibilizada carece de contraindicaciones, la no sensibilizada exige una selección previa de individuos que hayan de vacunarse, excluyendo a los que sufran padecimientos crónicos, sobre todo a los tuberculosos. Los que ofrezcan un aspecto enfermizo, los *brighticos*, los diabéticos, los cardíacos, los que padezcan enteritis mucomembranosa quedarán también excluidos, y lo mismo se hará con los que estén agotados por exceso de trabajo. En estos y en los sujetos débiles, la vacunación se diferirá hasta que se hayan normalizado.

Bien que los que pasaron recientemente el tifus no tengan necesidad de vacunarse, bueno es consignar que en estos individuos la vacunación con vacuna muerta podría producirles reacciones anafilácticas.

Las vacunas antitíficas sensibilizadas no obligan a una selección tan meticulosa.

La única ventaja de las vacunas muertas es la de que, siendo de obtención más sencilla, resultan más económicas.

Todas nuestras vacunas antitíficas, tanto las sensibilizadas como las no sensibilizadas, contienen bacterias ebertianas de varias precedencias; de modo que son polivalentes en este sentido.

Además preparamos vacunas antitíficas polivalentes en el sentido de contener tres clases de bacterias antitíficas; las del tifus ebertiano, las del paratífus A, las del paratífus B, y además el coli.

Por cada 4 bacilos de Eberth contienen estas vacunas un bacilo paratífico A, 1 paratífico B y 1 colibacilo.

La vacunación con estas vacunas no sensibilizadas se practica dando

una primera inyección de  $0,50 \text{ cm}^3$ . Al cabo de siete días se da otra de  $1 \text{ cm}^3$ . Transcurridos otros siete días, se dará una de  $1,5 \text{ cm}^3$  y, por último, siete días más tarde, una última inyección de  $2 \text{ cm}^3$ .

En esta clase de vacunaciones el Médico práctico puede fraccionar la dosis total de vacuna a su gusto, siempre y cuando al cliente le sea indiferente recibir muchas o pocas inyecciones. En este caso podrá conferirle inmunidad, sin otras molestias que las de los pinchazos. Lo que no debe hacerse es inyectar de una vez toda la vacuna.

Las vacunas antitíficas muertas pueden también sensibilizarse; pero, así y todo, no resultan tan inmunizantes como las vivas sensibilizadas. En esto, como en muchas otras cosas, nada hay mejor que copiar fielmente los modelos que la naturaleza nos ofrece, y la inmunización con vacunas vivas sensibilizadas constituye una perfecta imitación del mecanismo de defensa natural contra las enfermedades infectivas. El organismo destruye los microbios y se inmuniza sensibilizándolos primero y una vez sensibilizados los mata sin esfuerzo, digiriéndolos. No los mata con éter ni calentándolos.

**TRATAMIENTO SUEROTERÁPICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.**—Nuestro suero antitífico posee una acción innegable contra las fiebres tifoideas. Los que lo aplican en unos cuantos enfermos, con dificultad los sustituyen con otros remedios. Como todos los demás agentes curativos de esta clase, si se le aplica con valentía desde el principio de la enfermedad, los efectos favorables que se obtienen resultan todavía más patentes.

Así como los efectos curativos de la vacuna sensibilizada tardan tres días en manifestarse, los que produce el suero antitífico son inmediatos, pues se notan al mismo día.

Después de dar el primer día un par de inyecciones de  $20 \text{ cm}^3$  de suero cada una, si la enfermedad no es muy intensa, la devescencia que se haya obtenido la sostendremos luego administrando el suero *per os*. Para esto se diluyen  $10 \text{ cm}^3$  de suero en un vaso de agua fría previamente hervida y se le dan al enfermo una o dos cucharadas cada hora o cada dos horas. En verano rodéese el vaso que contiene esta disolución de suero, de pedacitos de hielo mezclado con sal. Puesto todo en una vasija envuelta en materia aislante se conservará en perfecto estado hasta que se acabe.

Mientras la fiebre sea moderada, continúese este tratamiento hasta el final de la enfermedad. Si tendiesen a reaparecer las altas temperaturas, recúrrase otra vía hipodérmica inyectando dosis de  $20$  y de  $40 \text{ cm}^3$  de suero. Este tratamiento, asociado a los baños fríos, basta para conducir a feliz término la casi totalidad de los casos.

El suero antitífico que nosotros preparamos es polivalente en dos sentidos: lo es porque inyectamos a los caballos bacilos de Eberth de distintas procedencias y además bacilos paratíficos A y B. Sea tifoidea o paratifoidea la enfermedad que se quiera combatir con este suero, los resultados que se obtienen son casi siempre favorables. Por esto, con su aplicación, el clínico falta de medios adecuados o de tiempo, puede prescindir de afirmar el diagnóstico mediante los reactivos biológicos específicos hoy en uso.

**RECOMENDACIÓN IMPORTANTE.**—Si con motivo de una enfermedad anterior el enfermo hubiese estado sometido a algún tratamiento por medio de suero de caballo, inyéctesele, un par de horas antes de inyéctársele las dosis de suero antitífico indicadas, una pequeña dosis ( $0,50 \text{ cm}^3$ ) de este mismo

suero, a fin de evitar los fenómenos de anafilaxia imposibles en semejantes casos.

Lo mismo que los demás sueros antitóxicos, produce el antitífico los eritemas polimorfos ya conocidos.



El único específico para las enfermedades del Estómago, es el

Jugo estomacal de Win.

Depositorio en Toledo y su provincia: Farmacia SANTOS

## Un par de cuartillas.

Mi entrañable condiscípulo y amigo el prestigioso Dr. Piga me pide «un par de cuartillas» para la REVISTA SANITARIA DE TOLEDO, a la que, por lo visto, quiere echar a la calle el 15 del actual a que luzca con ropita de día de fiesta.

Yo, que soy entusiasta admirador del padre de la criatura, me veo perplejo y honrado con la petición ante mi falta de lazos y flores con que adornar a la simpática REVISTA.

Si yo contase con medios pecuniarios abriría en la REVISTA SANITARIA DE TOLEDO un concurso con un buen premio para el tema siguiente: ¿Es espontánea la rabia en las perras o sólo en los perros?

Instituiría otro premio para quien destruyese lo que pudiéramos llamar Cursilería tecnológica que lanza al campo de nuestra literatura titulejos como enfermedades de Dubini, de Drestlez, de Beau, de Bell, de Corvisart y otras zarandajas sinonímicas con las que hacen indispensable un diccionario, insuficiente casi siempre, que le descifre a uno que esos nombrecitos significan respectivamente *Corea eléctrica*, *Hemoglobinuria*, *Asistolia*, *Parálisis facial*, *Hipertrofia del corazón*, etc., etc.

¡Ay! Si yo fuera hombre rico instituiría un gran premio para el guapo que demandase a todos los Ministros de Gracia y Justicia habidos desde el año 62 para que abonasen los derechos devengados por los Médicos forenses que llenos de responsabilidades, seguimos haciendo autopsias, curando heridas y dando partes un día y otro y nos moriremos esperando que llegue un hombre al Ministerio de la calle Ancha de San Bernardo que repare esta grandísima injusticia.

Dr. Federico Castillo.

Médico Forense.

D. Antonio Vegas Ruiz, compañero que ejerció en varios pueblos de esta provincia y últimamente muchos años en Montearagón, ha muerto a los pocos días de instalado en Madrid, al lado de los suyos, que largo tiempo hace pugnaban por arrancarle al ejercicio de una profesión para las que en absoluto todos le considerábamos incapacitado.

¡Que pena tan grande se apoderó de su espíritu, cuando obedeciendo a repetidos requerimientos de cariñosos compañeros, se decidió a estampar su firma en la solicitud en que por imposibilidad física, pedía a la Asociación Benéfica Provincial, el socorro a que su desdichada situación le daba derecho! Y hasta decidirse, ¡cuántas veces se vió precisado a interrumpir la penosa visita, en pueblo de topografía ingrata, para tomar alientos y cambiar los pañuelos empapados en la sangre de sus espíritus!...

A los que desde las aulas y los cuartos de guardia del hospital, hemos seguido sus pasos, nos parece inconcebible que aquel Veguitas tan pulcro, tan atildadito, tan escrupuloso cumplidor de sus deberes, que ya por entonces padecía Hemetipsis precursora, de la traidora enfermedad que en él hizo presa, haya podido alcanzar los 64 años, y soportar las amarguras, privaciones y sufrimientos que hicieron de su vida cruel calvario.

¡Pobre Antonio! que angustiado te verías al decirme: «No salgo de casa hace once días y en la cama llevo tres, y sin poder puntualizarte lo que siento, solo sé que estoy muy mal y que creo estar en el principio del fin»... No pude contestar a esta su póstuma carta, que he de conservar como preciada reliquia, porque cuantas veces lo intenté, flaqueó mi voluntad, y mis ojos se anegaron en lágrimas...

Basta ya. Al pedir a Dios te conceda piadoso el descanso de que aquí nunca gozaste, y a tu entrañable y amantísima viuda y cariñosos hijos, la resignación de que tanto necesitan, te manda el adiós postrero tu amigo del alma,

Manuel Martínez Saldice.

Cazalegas, 21-XI-XIII.

De desear sería, que los compañeros a cuyo cargo corre la recaudación del óvulo con que ha de socorrerse a la viuda, activaran en lo posible el cumplimiento de esta obligación, porque como todas por no ser una excepción, está de aquel altamente necesitada.

# La medicina militar española en el Rif. <sup>(1)</sup>

Patología del rifeño.—La Medicina y los Médicos rifeños,—Servicios médicos a indígenas del Rif, por D. Sebastián Lazo García, Médico primero de Sanidad Militar, Director del Consultorio indígena del Zoco el Had.

## Patología del rifeño.

**Enfermedades infecciosas.—Paludismo.**—Entendemos que se ha exagerado mucho en lo que se refiere a las fiebres palúdicas y tifoideas que se padecen en esta región. Nuestras observaciones, realizadas tanto en indígenas como en soldados españoles, nos inclinan a afirmar la relativa rareza de ambos procesos, por lo menos en la kábila de Beni-Sicar.

Es cierto que se ve de vez en cuando algún enfermo de paludismo, pero se trata de casos de importación. Proceden de dos orígenes: de Argelia y de la llanura de Bu-Arg. De la Argelia lo traen algunos indígenas de los que anualmente, en la época de la recolección, se trasladan allí y trabajan en zonas palúdicas. Más numerosos son los procedentes de la llanura de Bu-Arg; ésta limita al O. la Mar Chica, y se extiende desde el montañoso macizo del Gurugú hasta los montes de Quebdana; tiene muy poca elevación sobre el mar, y en ella se encuentran varias grandes lagunas de las que parte la propagación del paludismo. Bu-Arg es el *granero* de las kabilas de Beni-Sicar, Mazuza y parte de la Beni-Bu-Ifrur. Por lo que a Beni-Sicar se refiere, casi todos los indígenas poseen en Bu-Arg alguna parcela de terreno que siembran de cereales —cebada y trigo—: en los meses de Junio y Julio se trasladan estos labradores a Bu-Arg para recoger las mieses, y es entonces cuando adquieren muchos el paludismo, que a su vez transmiten a individuos de su familia, por contagio directo.

En Beni-Sicar no puede existir endemia palúdica. No hay lagunas, no hay aguas estancadas, y apenas si se ve algún mosquito de inofensiva especie. En invierno, las corrientes de agua son torrenciales, y en verano, cuando los arroyos están secos, cada familia o poblado se surte de su pozo o aljibe.

**Fiebre tifoidea.**—Otro tanto podemos decir de la infección tífica abdominal. Entre los muchos centenares de enfermos indígenas que hemos visto, sólo hemos comprobado algún que otro raro caso, tan raro que, en conjunto, no pasan de cuatro. No es esta, sin embargo, la creencia general. Indudablemente se trata de errores de diagnóstico, merced a los cuales se confunde al para-tifus, a la colibacilosis y, en general, a las infecciones intestinales agudas, con el verdadero tifus abdominal.

De los procesos infecciosos comunes, las infecciones intestinales agudas son las más frecuentes en esta región, tanto en los rifeños como en los soldados españoles; en unos y otros, existen razones que justifi-

(1). Fragmento del notabilísimo trabajo publicado por la gran revista española *Los Progresos de la Clínica*.

can tal frecuencia, así como la peculiar evolución clínica de estas infecciones explica también, hasta cierto punto, muchos errores diagnósticos. En el Rif, las tropas españolas, pese a los constantes desvelos de sus Jefes y Médicos, no pueden vivir en buenas condiciones higiénicas. La fatiga física, la aglomeración de soldados en las posiciones, el alojamiento de los mismos en tiendas de campaña o barracones de madera, la situación de estas posiciones en puntos estratégicos, que no son, por más de un concepto, puntos higiénicos, la irregular alimentación, el transporte del agua potable en cubas de madera, etc., etc., constituyen las causas de las infecciones intestinales en nuestras tropas. En cuanto a los indígenas, todo en ellos conduce al mismo resultado, desde su alimentación, exclusivamente frugívora en unas épocas y brutalmente carnívora en otras, hasta su habitual suciedad y descuido, que tanto favorecen la propagación de los procesos infecciosos.

En la imposibilidad de estudiar detalladamente ahora el curso clínico de estas infecciones, sólo indicaremos que constituyen lo característico de ellas la notable intensidad de sus síntomas, la rapidez con que aparecen y la corta evolución de la enfermedad, de ocho a quince días. En el fondo de este problema clínico, existen probablemente un problema bacteriológico que el Laboratorio será el llamado a esclarecer.

La frecuencia de los procesos infectivos intestinales en los indígenas no se halla muy de acuerdo con la eficacia de la bacterioterapia por los fermentos lácticos, pues, como hemos dicho anteriormente, el indígena hace consumo habitual de leche agria.

**Viruela; vacunación.**— Si se hiciese una estadística de las causas de mortalidad de los indígenas, no dudamos que el primer lugar habría de corresponder a la viruela. De su contagio ninguno está libre, y basta mirar a cierto número de rifeños adultos para encontrar impreso en el rostro de la inmensa mayoría de ellos el recuerdo que en aquél ha dejado la enfermedad.

Ninguna precaución guardan para evitar el contagio, y hemos visto niños en plena erupción variólica acostados sobre la misma manta y al lado de sus hermanos, hasta entonces indemnes del contagio, del que seguramente no escaparon. La explicación que dan los padres de esta conducta consiste en decir que, como han de pasar la enfermedad, resulta preferible que la padezcan todos al mismo tiempo. Poblado hemos visitado— Yihiliuen, Beni-Sicar— en el que, de once niños que había, nueve sufrían entonces la viruela, y los dos restantes la habían sufrido ya.

La viruela reina endémicamente en la región, presentando exacerbaciones en algunas épocas, con preferencia en primavera. En la del corriente año, llegó a adquirir gran desarrollo, y en todos los poblados hizo víctimas. Aprovechando la oportunidad de esta epidemia, vacunamos a todos los individuos— 120— de la Tercera Mia de la Policía indígena, empezando para ejemplo, por los Oficiales españoles; también se vacunaron todos los niños asistentes a la Escuela indígena establecida en Zoco el Had, siendo el Maestro español el primero que se sometió a la vacunación. Recorriamos además diariamente algunos poblados de la kábila, vacunando a los niños. Nunca encontramos oposición, aunque sí alguna vez una mortificante pasividad e indiferencia. En otros pobla-

dos, por el contrario, fué tan bien acogida la vacunación que se vacunaron todos los niños, incluso algunos que acababan de pasar la enfermedad y a quienes los padres nos rogaron que vacunásemos. (Poblado de Imaharchen, Beni-Sicar).

La suciedad es causa de que alguna vez se infecte la vacuna, produciendo erisipela, linfangitis, etc., y hay quien no duda en atribuir estas complicaciones a la vacuna misma.

La proporción de viruela confluyente, malipna, es grande. De los que logran escapar con vida quedan ciegos muchos.

A todo indígena que, procedente del Rif, desembarca en la Argelia, se le obliga a vacunarse, y hemos dicho que gran número de rifeños van a Argelia durante los meses de verano para trabajar en la recolección. Excepto los ricos, todos los rifeños han ido una o muchas veces, de lo que resulta que se vacuna la mayoría de los indígenas, pero se vacunan, claro es, siendo ya adultos y después de haberse salvado de la viruela que padecieron en la niñez. De aquí que tan prudente medida higiénica no produzca grandes resultados. *Todavía* no ha impuesto España la vacunación obligatoria a los indígenas habitantes en esta zona del Rif, y es verdaderamente depresivo para nosotros que hagan los franceses con *nuestros indígenas* lo que nosotros no queremos hacer... Las consecuencias no han tardado en presentarse. Durante la primavera pasada se desarrolló en Melilla una epidemia de viruela, que motivó la adopción de ciertas medidas profilácticas—entre ellas la vacunación obligatoria—; pero quizás no se tuvo en cuenta que aquella epidemia no era sino el *necesario reflejo* de la que hacía estragos en los indígenas de las kábilas limítrofes.

La vacuna que utilizamos procede del Instituto de Higiene Militar de Madrid, que la remite en perfectas condiciones, pero sería de desear que se estableciese en Melilla un Centro vacunógeno.

Rabia.—En 1911 tuvimos ocasión de asistir el primer caso de inoculación rábica. Cuando se presentó en el Consultorio la mujer mordida por el perro hidrófobo habían transcurrido unos veinte días, y su intención era solicitar nuestros auxilios cuando estallase la enfermedad. Se trataba, pues, de un caso de los que no admiten espera, y telegrafiamos al Instituto de Higiene de Sevilla para que nos remitiese las médulas rábicas, a fin de comenzar lo antes posible el tratamiento. La enferma se había negado en absoluto a ser trasladada a España para que se la tratase, y tampoco había aceptado que se la internase en un Hospital de Melilla. El tratamiento se efectuó, entre muchas incidencias e inconvenientes, porque la enferma se negó también a permanecer en el Consultorio cuando había empezado ya las inoculaciones; pero, afortunadamente, pudo terminarse. Poco después, tratamos también a tres oficiales de nuestro Ejército, inoculados en la posición de Yazanen por un perro, al parecer hidrófobo, pero cuyo diagnóstico no pudo quedar bien establecido. Posteriormente han venido al Consultorio algunos indígenas inoculados por perros hidrófobos, pero, contándose ya en Melilla con medios particulares para realizar allí los tratamientos, hemos dejado de practicarlos aquí, en vista de los muchos inconvenientes con que tropezábamos.

El tratamiento de la indígena citada creemos que ha sido el primero realizado en Melilla.

Hace pocos meses asistimos a otro rifeño, que recurrió a nosotros cuando la enfermedad había ya estallado. Antes estuvo sometido a los misteriosos conjuros de un *fakin*, que demostraron en esta ocasión su completa inutilidad.

La frecuencia con que se registran casos de rabia en los indígenas obliga a pensar en los recursos que se deben disponer para su curación, armonizando la economía con la bondad de los medios empleados.

Hasta hace poco, a los individuos (españoles o indígenas) mordidos por animales rabiosos, se les enviaba a España—Sevilla, Madrid o Barcelona—para someterlos al tratamiento. Resulta esto malo y caro; malo porque obliga al enfermo a realizar un largo viaje, sufriendo molestias, separado de su familia, etc., y caro porque el importe del viaje, de la estancia y del tratamiento suman una cantidad relativamente elevada.

Otro medio—al que recurrimos nosotros en los casos citados—consiste en recibir las médulas en tubitos de cristal asépticos, cerrados a la lámpara, procedente de los Laboratorios de España que tienen montada sección antirrábica. Estos Laboratorios cuidan de remitir las médulas con el grado de virulencia correspondiente al curso del tratamiento. El Médico no tiene que ocuparse más que de preparar la emulsión e inyectarla. También ofrece inconvenientes este procedimiento; aunque preparar la emulsión es cosa bien sencilla, no todos los Médicos tienen la práctica necesaria para hacer debidamente la preparación; es este un detalle técnico de poca importancia, pero indispensable. El más grave de los inconvenientes consiste en que, una vez comenzado el tratamiento, puede darse el caso—y así nos ocurrió a nosotros—de interrumpirlo, pues, viniendo las médulas rábicas por el correo, un descarrilamiento, una huelga, un temporal, etc., alteran la regularidad del mismo y hacen que no lleguen o que lleguen con retraso las médulas a manos del Médico que realiza las inoculaciones; esta interrupción puede poner en peligro la vida del enfermo. Tampoco es económico esto, puesto que las médulas para cada tratamiento cuestan de 50 a 75 pesetas.

Consideramos de verdadera necesidad que se disponga en Melilla de los medios necesarios para realizar cuantos tratamientos antirrábicos sean precisos. El servicio antirrábico se puede instalar con muy reducido coste; no excede de 250 pesetas el del instrumental técnico que requiere, ni de 750 el de dos conejos diarios a inocular; con dichos conejos puede realizarse un elevado número de tratamientos. En Melilla existe un Laboratorio de Análisis y Bacteriología perfectamente organizado, y sería fácil y económico dotarle de los medios necesarios para establecer el servicio antirrábico. Recordemos que los franceses tienen en Argelia un magnífico Instituto Pasteur.

**Otras infecciones: sarampión, escarlatina y difteria.**—Ni un solo caso de las primeras hemos observado: el indígena parece refractario a ambas infecciones, particularmente al sarampión, hecho ya comprobado por otros autores (1). No ocurre lo mismo con la escarlatina, que, en algunas regiones del Norte marroquí, estalla a veces en forma de mortí-

(1) Cresperi.—*Etudes sur la epidemiologie algerienne.*—Alger, 1908.

feras epidemias, pero repetimos que nosotros no hemos observado ningún caso.

De difteria suele verse alguno: hemos asistido dos, en niños, y su curso fué benigno.

**Enfermedades de la piel.**—La sarna es la más frecuente de todas, y cuanto digamos será poco para expresar hasta qué punto afecta a los indígenas. *Salvo rarísimas excepciones, todos los rifeños la padecen.* Es una sarna histórica, que se transmite de padres a hijos, desde Dios sabe cuántas generaciones; una sarna que dura desde que nace el rifeño hasta que muere. En sí, es la sarna enfermedad leve; sus lesiones resultan insignificantes, y, si no fuera por el prurito que provocan los ácaros labrando sus galerías en la capa sub-epidérmica, pasaría desapercibida. Mas, si es tan poca cosa por sí sola, asociada o complicada, puede llegar a ser enfermedad grave, y de ello hemos visto algunos casos, en que pio-dermitis generalizadas habían sucedido a la inofensiva sarna primitiva. Complica la sarna a todas las enfermedades cutáneas o de manifestaciones cutáneas—sífilis, viruela, etc.—Contra ella no tiene el rifeño



**Sífilis.**—Destrucción de los cartílagos nasales y perforación del paladar.

más defensa que rascarse, produciéndose múltiples erosiones que, en una piel siempre sucia, se afectan inmediatamente; de ello proceden esos casos de sarna en que la piel aparece cubierta de costras purulentas de secadas y que tan rebeldes se muestran al tratamiento.

Hoy, el uso de la pomada sulfo-alcálica de Elmerich está generalizado en esta región, y son numerosos los indígenas que diariamente acuden al Consultorio en demanda de ella. Se les facilita una pequeña cantidad de la misma, instruyéndoles respecto a su uso; no hacen gran caso de

lo que se les indica, y se limitan a frotarse ligeramente el cuerpo con la pomada (1).

Dos enfermedades de piel relativamente raras hemos tenido ocasión de observar en rifeños: la *ictiosis* y el *botón de Oriente*. De la primera, hemos asistido una decena de casos, algunos muy notables por la extensión y magnitud de las lesiones. La mayoría de ellos los observamos en

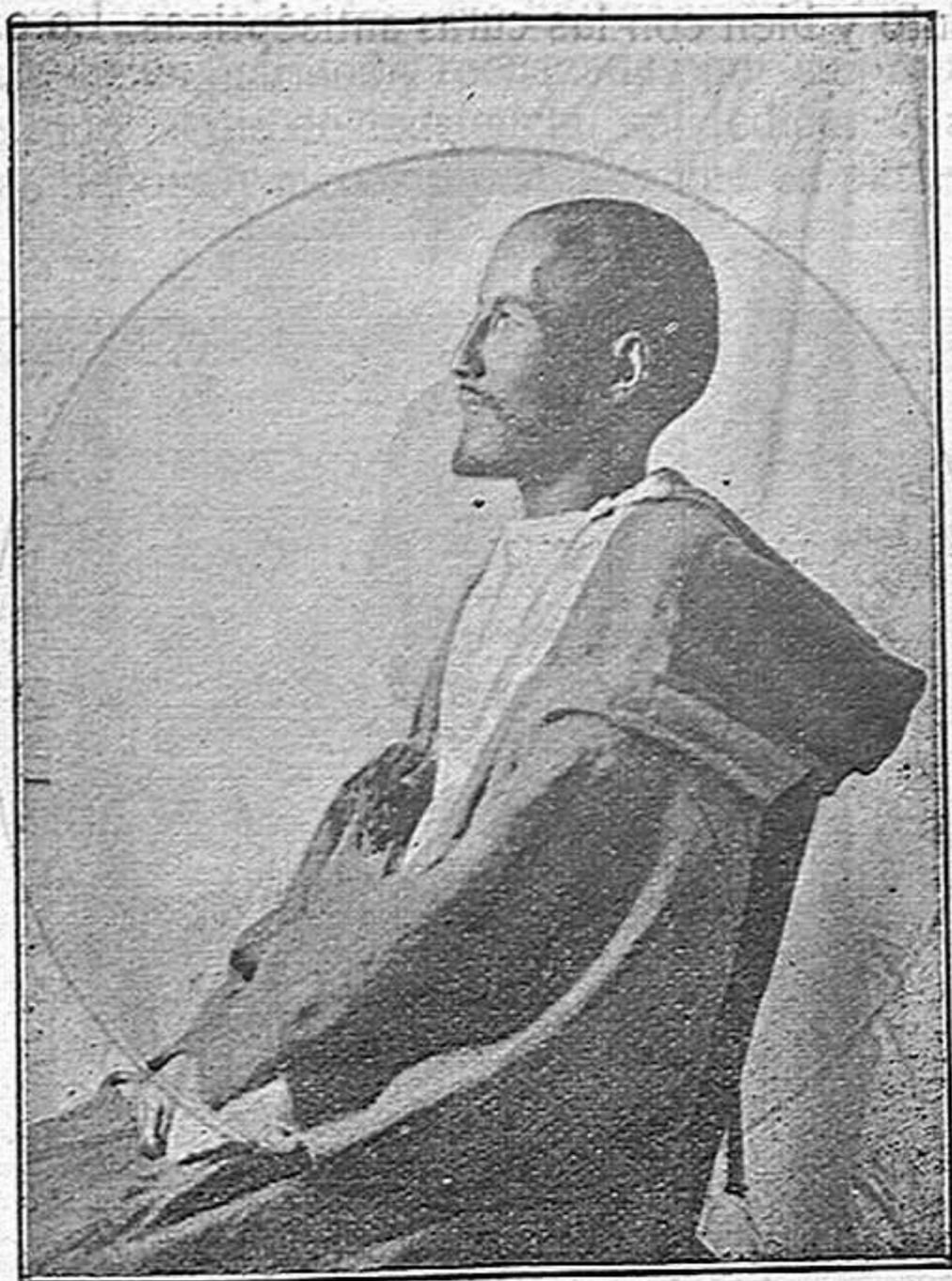


Goma pre-esternal ulcerado.

indígenas de la kábila de Beni-Sidel, y, según los datos recogidos, se halla vinculada la afección en ciertas familias, en las cuales se encuentran algunos individuos afectados de ella. Excepto uno, todos los casos eran de ictiosis alba palmo-plantar. La hiperqueratosis se manifiesta con mayor intensidad en los pies, formando escamas de enorme grosor, córneas, semitraslúcidas y separadas por profundas grietas que penetran hasta las últimas capas del dermis y producen intolerables dolores al andar. La constante infección de estas grietas exagera los sufrimientos de que son víctimas los pacientes. De los casos observados y de los datos expuestos por los enfermos, se deduce que es enfermedad que se inicia desde los primeros años de la vida y que resulta lentamente progresiva e incurable. Algo debe influir en la producción de la enfermedad el uso de las ásperas sandalias de esparto, que constituyen el calzado ordinario del rifeño. Pero, aun siendo así, se hace preciso separar el

(1) Tal confianza han llegado a inspirar a los indígenas las virtudes terapéuticas de la pomada de Elmerich, que no nos extrañó el siguiente caso: Llamados en una ocasión para curar en su domicilio a una mujer que había recibido un balazo en la cara, encontramos los orificios de la herida taponados por la pomada de Elmerich, que había sido aplicada por un hermano de la interfecta, curado de la sarna que padecía, gracias a la pomada.

concepto de esta enfermedad del de las hiperqueratosis provocadas— callos, etc. —, y colocarla al lado de la polisarcia, del gigantismo, etc. El clásico tratamiento con las pomadas a base de ácido salicílico *no da ningún resultado positivo*, abstracción hecha del alivio de las molestias,



Koddur o Kubba, de Imaharchen, B, Sicar. Herida contusa de la región fronto-parietal izquierda; hundimiento del hueso. Curación.

por el reblandecimiento de la substancia córnea. Creemos que es la cirugía la llamada a intervenir en algunos casos graves de ictiosis.

*Botón de Oriente.*—Tres casos hemos observado, todos los indígenas de Beni Sidel. Los individuos que lo padecían estaban pálidos, demacrados, como si fuesen víctimas de una grave enfermedad. En un caso, era único, y en los restantes múltiple, localizándose en las piernas y muslos. Resulta muy característica la gruesa costra, de forma circular, de dos a cinco centímetros de diámetro, algo abombada en forma de cúpula y de color obscuro. Esta lesión cura pronto. Hemos empleado en primer término la aplicación de una pomada antiséptica, con el fin de reblandecer la costra, que se desprende mecánicamente al otro día, dejando al descubierto una úlcera de color grisáceo, con los bordes tallados a pico. Bien limpia y tratada con curas antisépticas, no tarda en cicatrizar. La cicatriz es retráctil, pigmentada y deja depresión.

Por su frecuencia, merecen que se las cite entre las enfermedades de la piel que afectan a los indígenas de esta zona, las úlceras de las piernas, el lúpulo y las tiñas. Las primeras, en ocasiones muy extensas, fagedénicas, reconocen varios orígenes; abstracción hecha de las que

cro de tendencia fagedénica; sífilides cutáneas florecientes, intensivas, complicadas casi siempre consarna —sarnato de sífilis que diría Ricord— y dermatitis piógenas; terciarismo gomoso precoz y rareza de localizaciones nerviosas y de procesos parasifilíticos. En año y medio, hemos



Herida por arma de fuego (Mauser) a corta distancia. Orificio de entrada en el conducto auditivo externo; de salida en la región malar. Fractura fragmentaria del malar. Pérdida del globo ocular.

visto desarrollarse sucesivamente en un individuo el chancro, sífilides secundarias, gomas múltiples y mielitis, cuyo curso logró detener una

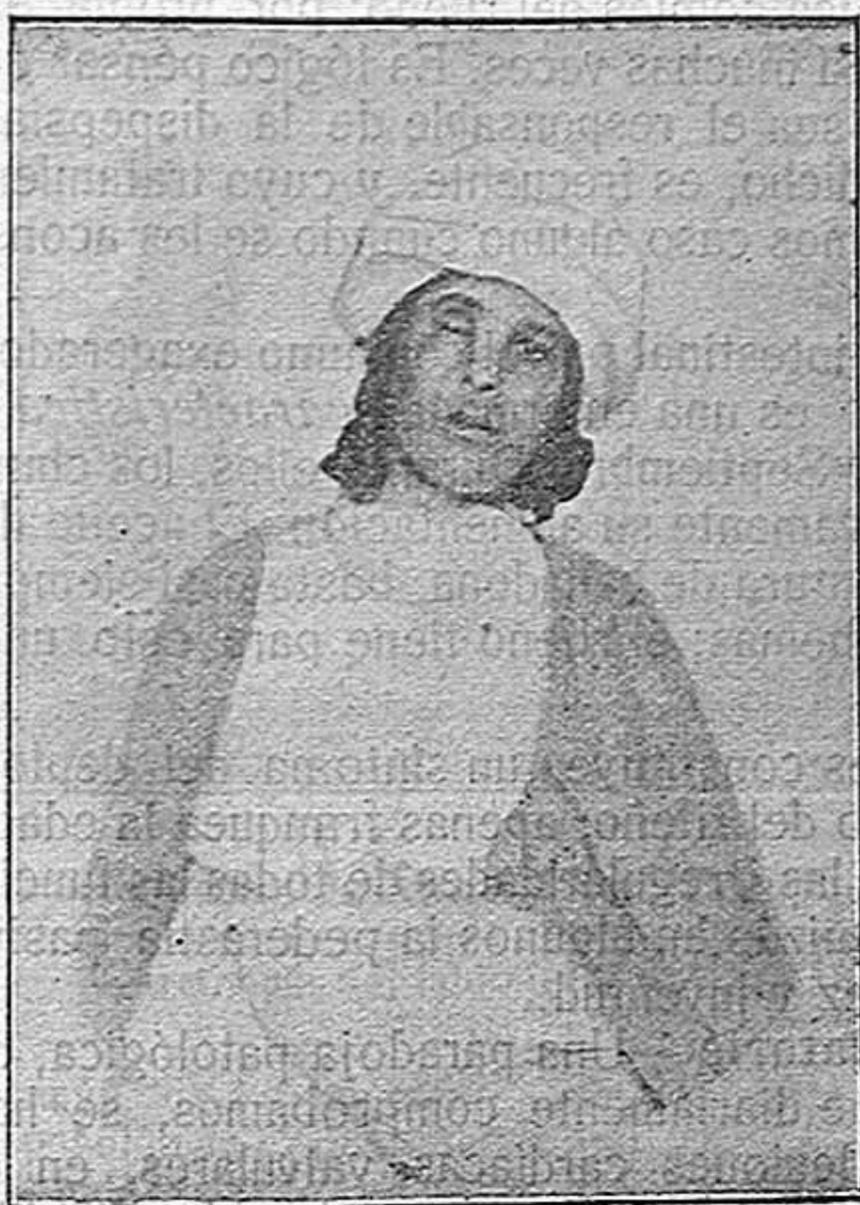


La misma de la prueba anterior. La herida cicatrizada. Ectropion cicatrizal del párpado inferior.

inyección de salvasán. La sífilis hereditaria hace estragos considerables en el rifeño; la destrucción del cartilago nasal y la perforación del paladar son sus más ordinarias consecuencias.

La blenorragia es frecuente; afecta de ordinario marcha crónica por falta de adecuado tratamiento, y es causa de multitud de graves complicaciones —cistitis, prostatitis, etc. —Hemos asistido dos casos de oftalmía blenorragica, en adultos, originada por auto-inoculación. La orquitis y el hidrocele no son raros; los enfermos, temerosos de la pérdida de sus órganos sexuales, se resisten tenazmente a ser operados, y únicamente se dejan punzar el hidrocele. De uno, punzado en Julio de 1911, extrajimos 1,600 centímetros cúbicos; el sujeto viene de cuando en cuando para que le puncionemos nuevamente.

A consecuencia de atentados o complacencias pederásticas, hemos asistido algunos casos de lesiones e infecciones de ano y recto. No tie-



La misma de las pruebas anteriores. Después de realizada una operación plástica para corregir el ectropion y la retracción cicatrizal de la mejilla.

nen los indígenas al pederasta en tan depresivo concepto como se le tiene en nuestro país.

En mujeres no hemos asistido en ningún caso de afecciones genitales. En alguno en que el reconocimiento genital era necesario, la más enérgica oposición por parte de la enferma nos ha impedido realizarlo.

La impotencia constituye una plaga entre los rifeños. Es una impotencia puramente mental, auto sugestina, sin lesión ni enfermedad alguna que la justifique, y su real origen no es otro que ciertas creencias y supersticiones de las que trataremos al hablar de la medicina rifeña.

Generalmente la sugestión, con ayuda de la yohimbina, proporciona éxitos brillantes.

**Aparato digestivo.**—Llaman la atención cuatro procesos que se presentan con alguna mayor frecuencia: leucoplasia lingual, hiperclorhidria, obstrucción intestinal y hemorroides. La primera la hemos visto en muchos niños, la mayoría de ellos con antecedentes de sífilis hereditaria; el tratamiento específico parece ejercer, sin embargo, escasa acción sobre estas lesiones, y, en algún caso, al poco tiempo de curadas, han vuelto a reaparecer. En otros enfermos, sin antecedentes sifilíticos y en los que presentaba la leucoplasia los mismos caracteres que ofrece cuando existen dichos antecedentes, ha resistido dicha leucoplasia al tratamiento y sólo la cauterización enérgica las ha modificado algo.

La hiperclorhidria es muy general y tiene su origen en la especial alimentación del rifeño. La producen la miel, la manteca de vaca rancia, el pan de cebada y el te muy azucarado, elementos que constituyen la más corriente y típica comida del rifeño; por propia experiencia lo hemos comprobado así muchas veces. Es lógico pensar que el uso habitual de estos alimentos sea el responsable de la dispepsia hiperclorhídrica que, como hemos dicho, es frecuente, y cuyo tratamiento huelga, pues no hacen los enfermos caso alguno cuando se les aconseja el cambio de alimentación.

La obstrucción intestinal por el consumo exagerado de higos chumbos—ciento y más—es una enfermedad *característica* del rifeño, en los meses de Agosto y Septiembre. Durante ellos, los chumbos y el te componen casi exclusivamente su alimentación. El aceite de ricino, en cooperación con la tintura de belladona, basta casi siempre para resolver el caso. Nada de enemas; el rifeño tiene para esto una pudibundez hiperbólica.

Las hemorroides constituyen un síntoma del deplorable estado del sistema circulatorio del rifeño, apenas franquea la edad adulta. Algo deben influir también las irregularidades de todas las funciones intestinales, la alimentación y quizás en algunos la pederastia pasiva de que fueron víctimas en su niñez y juventud.

**Aparato circulatorio.**—Una paradoja patológica, que nos ha llamado la atención y que diariamente comprobamos, se halla representada por la ausencia de lesiones cardíacas, valvulares, en oposición con la frecuencia y precocidad de la arterio-esclerosis. También debemos mencionar la frecuencia, que no vacilamos en calificar de extraordinaria, de las várices de las piernas; examinando a cierto número de indígenas en plena adultez, no dejarán de encontrarse algunos que presenten en las piernas, y bien visibles, los acordonados relieves característicos.

**Aparato respiratorio.**—La tuberculosis pulmonar eminentemente crónica, tal como se observa en Europa, podemos decir que no existe aquí. En primer término, es enfermedad de la que hemos visto pocos casos. Las razones son fáciles de explicar. La selección natural es más rigurosa en este país que en Europa; los débiles, por cualquier concepto, mueren en los albores de la vida; sólo las naturalezas fuertes, poderosas, logran soportar la rudeza del vivir rifeño. Y estos fuertes, viviendo en este clima montañoso y sano, no son víctimas de la tuberculosis pulmonar. En los casos que hemos visto, la evolución de la enfermedad fué

rapidísima—galopante, si se quiere—y con arreglo a dos formas principales, que pudiéramos llamar *consuntiva* y *hemoptoica*, es decir, que en unos casos, el síntoma dominante era la fiebre elevada que agotaba



Un voluntario indígena de la guerra de África (1860). Buduj bel Mimún, de Inframmaroi (Beni-Bu-Gafar). Hijo del renegado español José López (a) *Tarifeño*. Carcinoma del labio inferior (1).

(1) Duduj Ben Mimún, de Inframmaroi (Beni-Bu-Gafar). Este individuo es hijo del presidiario español Juan López, el *Tarifeño*, fugado del presidio de Melilla. Perseguido por los indígenas, se refugió en el Morabito de Sidi-Mesaud, y por el *Diaf Al-lal*—derecho de asilo—fué respetado. Adoptó la religión musulmana y casó con una mujer indígena, de la que tuvo tres hijos. El mayor, Mohammed, muerto recientemente, llegó a ser jefe del poblado de Inframmaroi; Duduj y Mimún, en la actualidad practicante indígena a las órdenes del Médico de la enfermería de Yazanen.

Muy interesante es la historia de Duduj. A los dieciséis años y animado a ello por su padre, ¡al fin español!, marchó a Ceuta cuando la guerra de Africa, y a las órdenes del General Serrano tomó parte en la batalla de los Castillejos y en los combates de aquella campaña. Más tarde, filiado en el antiguo y ya extinguido regimiento Fijo de Ceuta, se unió a los sublevados de S. ptiembre y marchó a España, en unión de unos 200 de su regimiento, tomando parte, a las órdenes de Serrano, en la batalla del Puente de Alcolea.

Es quizás el único rifeño que tiene el honor de colocar en su pecho la medalla de los Voluntarios de la Guerra de Africa, condecoración que le fué concedida por su conducta en aquella campaña.

El padre, el español Juan López, sintió un día la nostalgia de la Patria y marchó a España, abandonando a su familia rifeña. Murió poco después en Málaga.

en breve plazo al paciente, y en otros eran las hemoptisis repetidas y abundantes las que producían su extenuación y su muerte. La tos, el enflaquecimiento rápido, etc., acompañan a estos síntomas. Los indígenas conocen la enfermedad y saben su fatal terminación.

**Enfermedades de los ojos.**—Las conjuntivitis son frequentísimas, tanto en los indígenas como en los soldados, y, en nuestro sentir, resulta producida la mayoría de ellas por los fuertes vientos que con tan gran frecuencia soplan en esta región, arrastrando partículas de polvo que irritan fuertemente la conjuntiva; el agente infectante es llevado a la conjuntiva por el mismo viento o por los dedos del sujeto al frotarse los ojos.

Entre los procesos oculares, sigue en frecuencia a las conjuntivitis el tracoma; poco resultado se obtiene en el tratamiento de esta enfermedad en los indígenas, que, después de estar tres o cuatro días sometidos a la terapéutica adecuada, se marchan apenas mejoran algo, sin terminar la curación.

Se observan también dacriocistitis consecutivas a conjuntivitis crónicas no tratadas; hemos realizado en dos casos la extirpación del saco lagrimal, con anestesia por la novocaína-suprarrenina.

Los defectos de acomodación son raros.

Finalmente, y además de numerosas cataratas seniles prematuras, citaremos algún desgraciado caso de glaucoma, de rapidísima evolución.

**Enfermedades de los oídos.**—Tres hay muy comunes: tapones de cerumen en el conducto auditivo, otitis media y cuerpos extraños. La habitual suciedad del indígena es la causa principal de las tres: nunca limpia el rifeño sus oídos. Por curiosidad, hemos reconocido el conducto auditivo de gran número de enfermos de los más distintos procesos, y en todos ellos existían tapones de cerumen, más o menos voluminosos. La extracción de los tapones por el procedimiento ordinario, es práctica que, a pesar de su sencillez, proporciona éxitos de gran realce en esta especial clientela. Entre los cuerpos extraños, muy numerosos y varios, que hemos hallado, se encuentran un grano de cebada germinando con rejo de dos centímetros de longitud y una simiente de algarroba, tan perfectamente engastada en el surco pre-timpánico, que hizo muy laboriosa su extracción. Los enfermos de otitis media son los que rara vez logran curarse, porque dejan de asistir en cuanto remiten algo los dolores y disminuye la supuración; las caries son frecuente escuela de la inconstancia de los enfermos.

**Enfermedades nerviosas y mentales.**—Hacen excepción en los indígenas, por su rareza. De las mentales, abstracción hecha de dos o tres casos de histerismo en mujeres, no hemos visto ningún enfermo de esta clase. De enfermedades de los centros nerviosos, únicamente podemos citar tres casos: uno de mielitis aguda, otro de mielitis transversa y otro de corea. Abundando la sífilis, no deja de ser curioso que no hayamos visto ningún enfermo de tabes ni de lesiones parasifilíticas.

**Intoxicaciones.**—Se observan las originadas por el tabaco, por el alcohol, por el kif y por el te.

El consumo del tabaco, bajo la forma de cigarrillos, está muy generalizado en Guelaya. Su uso se halla bajo la influencia de la edad. Desde luego, es un vicio que reprueban los que consideran buenos musulmanes

y gozan de prestigio por algún concepto; los *xujs*--jefes--no fuman, como tampoco los *fokah* (plural de Fakih, maestro individuo que habla y escribe árabe). La falta resulta tanto mayor cuanto más avanzada es la edad del individuo. Hay alguna tolerancia para el uso del tabaco en forma de rapé. Sin embargo, los viejos se abstienen, tanto de fumar como de sorber rapé. El tabaco es objeto de poco cultivo en la región: hemos visto algunas buenas plantaciones en pequeñas parcelas situadas en las vertientes Norte del Gurugú. Resulta de mediana calidad, aromático, y recuerda al tabaco Virginia. Bien cultivado y realizando las siembras con buenas clases de semillas sería una gran fuente de riqueza para esta región.

Del alcohol, baste decir que su uso es tanto mayor cuanto mayores son las relaciones del rifeño con los europeos. Los policías, los traficantes y mediadores comerciales entre europeos o indígenas, etc., no rehusan generalmente una copa de ginebra o una botella de cerveza. Por ahora, no se halla muy extendido el alcoholismo entre los indígenas.

El *kif* es la intoxicación favorita, genuina del árabe. Lo es también de los individuos de las kabilas arabisadas, y, por *contagio*, a él se entregan algunos bereberes.

El *kif* procede de la planta *canabis indica*: *kif*, *haschich* y *mandjum* son diferentes formas de consumo del *canabis*. Según León el Africano, el *kif* era desconocido en Marruecos en el siglo XV. Del sultán Muley Alí se cuenta que estaba completamente embrutecido por el abuso de *kif* (1734).

Los botánicos distinguen dos especies de *canabis*, la *indica* y la *sativa*; según Herail, estas dos especies no son sino variedades de una misma. En el Rif se le cultiva mucho en la parte Occidental, en las kabilas de Beni-Iteff, Targuist y Zerkel. En Beni-Sicar no se le cultiva; sólo hemos visto alguna que otra pequeñísima plantación en los valles de Arahuana y Frajana. Es planta que requiere terrenos húmedos, sombríos y mantillosos; resiste mal los fríos. Se siembra en Marzo; la planta alcanza metro y medio o dos metros de altura.

Existe en Marruecos una Cofradía o *Zauía*--tan extraña como otras muchas árabes--la de los *Heddaduas*, cuyo patrón es Sidi Hodi, y cuyo Santuario se encuentra en el Yebel Alam, cerca de Uazzán. El rito de esta Cofradía se halla representado por la borrachera de *kif*, y sus adeptos se dedican a ella por entero y viven del producto de limosnas y de la venta de pipas para fumar *kif*. Asegura el Dr. Raynaud (1) que cierto europeo, dominado por el vicio, se afilió, no ha mucho, a los *heddaduas*.

El *kif* es la hoja del *canabis* desecada y picada. Se fuma en pipas especiales de largo tubo y pequeño depósito. El *haschich* son las hojas secas a fuego y pulverizadas; se ingiere en infusión de agua o te. El *madjum* es el extracto resinoso de las hojas y granos del *canabis*, obtenido por ebullición. Bajo la forma de *kif* es como se le consume en el Rif.

La intoxicación producida por el *kif* tiene algunos puntos de contacto con la engendrada por el tabaco y el opio. Actúa especialmente sobre los centros psíquicos; es una borrachera en la que dominan las representa-

(1) *Etudes sur l'Hygiene et la Medecine au Maroc*. Alger, 1902.

ciones agradables, en relación con la característica mental del sujeto. De otro modo, como dice Richaud, *cada individuo reacciona al kif según su cerebro*. Al erótico le produce una borrachera llena de alucinaciones de este orden; en el melancólico engendra imágenes depresivas, etc., etc.; pero es lo más notable de la intoxicación producida por el kif, que durante estas alucinaciones, en este soñar despierto, conserva el individuo la facultad de dirigirlas y encauzarlas según sus deseos, de modo que suelen constituir sueños agradables, de maravillosa sensibilidad, determinada por una extraordinaria agudeza de los centros representativos. Apenas salido del éxtasis, al encontrarse de nuevo en plena realidad, vuelve el desgraciado fumador de kif a la embriaguez, buscando en ella consuelo a su miserable estado. Todo el organismo se resiente y empobrece; inapetente y abúlico, débil y crónicamente hambriento, el fumador de kif acaba pronto por ser un andrajo humano, en el que la tuberculosis clava la garra.

Las autoridades argelinas han prohibido en varias ocasiones y bajo severos castigos el uso del kif, pero la medida ha resultado poco eficaz.

En la zona de Guelaya es vicio raro; hemos visto pocos fumadores de kif, y éstos eran, en su mayoría, de origen argelino. De las cinco fracciones o kabilas de Guelaya, en Beni-Sidel es en la que está más extendido.

El te es la bebida favorita del rifeño; constituye el complemento de todas las comidas y el estímulo de todas las reuniones. Consumido en cantidades verdaderamente enormes, origina una especie de borrachera, caracterizada por la excitación mental; no son excepcionales, durante ella, las discusiones que terminan en riñas sangrientas. En la patogenia de algunos procesos cardio-vasculares de los indígenas, debe tenerse presente la influencia de esta intoxicación; proporcionará esto indicaciones de útil aplicación terapéutica.

**Cirugía.**—Una tercera parte, al menos, de los enfermos que asisten al Consultorio, se encuentra afecta de procesos quirúrgicos, tales como úlceras, heridas, fracturas, tumores, abscesos, hernias, etc., y los mayores éxitos de la labor *médico-política* del Consultorio se logran merced a las investigaciones quirúrgicas. En ellas, el resultado es evidente, *visible*, y la curación sólo puede ser atribuida al operador, mientras que, en las enfermedades de tratamiento médico, si es el enfermo un fanático o un ignorante, le queda siempre un amplio margen para juzgar acerca de ella, en cuyo margen tienen cabida todas las supersticiones y todas las desconfianzas.

El ejercicio de la Cirugía en los indígenas ofrece algunos inconvenientes, de los que no resulta el menor la tenaz y decidida resistencia que presentan a dejarse operar. Tal actitud tiene origen en sus creencias religiosas, según las cuales está absolutamente prohibida la amputación de una parte del cuerpo. Generalizando el concepto, el rifeño en su rudo fanatismo, lo hace extensivo a toda intervención quirúrgica, aun cuando sea tan sencilla y lógicamente necesaria como la incisión de un absceso, la punción de un hidrocele, etc. Muchas veces nos ha ocurrido indicar a enfermos la necesidad de la práctica de alguna operación; tras pequeña resistencia, que nunca falta en estos casos, ofrece volver al día siguiente a la hora que se les señala..... y no vuelven más. Pero esto ocurría antes.

Ahora, aleccionados, como estamos, por la experiencia y conociendo mejor la manera de ser del rifeño, son pocos los enfermos que, necesitando una operación se nos *escapan* sin que la practiquemos. El procedimiento es muy sencillo; consiste en ganar la confianza del sujeto, atendiéndole delicadamente, aliviando sus sufrimientos con morfina, cocaína, etc., y convenciéndole de que la intervención será indolora y de que no persistirá deformidad. Para dar una idea de la resistencia que ofrecen los indígenas a sufrir amputaciones, citaremos el caso de un individuo, afecto de gangrena del pie consecutiva a una lesión traumática, el cual rechazó la intervención, a pesar de sus sufrimientos y de las continuas repulsas que recibía a causa del insoportable hedor que exhalaba su pie, y el de un niño que, jugando con un cartucho de dinamita, le explotó en las manos; en la derecha, hizo la dinamita una verdadera disección de las partes blandas de los dedos pulgar, índice y medio, dejando las últimas falanges totalmente limpias; fué preciso que transcurrieran varios días de atroces sufrimientos para que consintiera el padre la amputación de las falanges óseas.

Dos cosas, en cierto modo opuestas, llaman la atención, cuando se observa cierto número de heridas en estos indígenas, y son: la frecuencia del fagedenismo y la extraordinaria rapidez con que curan y cicatrizan lesiones graves, profundas y extensas. Por el estado de suciedad constante de la piel y por las *curas de urgencia* que se practican los mismos indígenas cuando reciben alguna herida, puede afirmarse que toda herida resulta infectada en ellos. Y se ve, no obstante, en la práctica, que la mayoría de las mismas evolucionan como asépticas. Simultáneamente asistimos en el Consultorio a los indígenas y a los soldados españoles que guarnecen esta posición, y hemos podido apreciar, por tanto, las diferencias indicadas en muchos casos. Existen, indudablemente, en los indígenas, condiciones de resistencia especiales para los agentes piógenos comunes, que quizás obedezcan al *entrenamiento* de la reacción defensiva creado en el organismo del indígena por la frecuencia o constancia con que padece pequeñas infecciones piogénicas de la piel. En cuanto al fagedenismo, en nada difiere del que se observa en los países cálidos; el exudado purulento grisáceo fétido, el esfacelo de los tejidos, etc. son característicos. La limpieza mecánica de la ulceración, seguida de un enérgico tratamiento por el yodo, nos ha producido admirables resultados.

De la resistencia de los indígenas al dolor podríamos citar muchos casos notables. Cierta individuo de Beni-Sidel padecía una pequeña herida en una pierna, en la que depositó huevos una mosca, de los huevos salieron larvas, que se introdujeron profundamente a través de los tejidos, y en ellos continuaron progresando y creciendo. La herida que sirvió de entrada a las larvas, estaba situada en la parte posterior media de la pierna. Se le operó sin anestesia, porque el paciente no quiso someterse a ella. Una a una, fuimos persiguiendo las larvas, pues cada una había labrado su distinta galería en plena carne, y algunas de las 17 que extrajimos estaban tan profundamente situadas que, habiendo penetrado con el escalpelo por la región posterior de la pierna, llegamos, siguiendo las galerías, a tocar la tibia y a descubrir la tibial posterior. Reconocemos que aquello fué un verdadero *picadillo* de carne, pero el paciente

no parecía serlo, y ni una queja ni un movimiento revelaron que sufriese. Las larvas extraídas tenían más de un centímetro de longitud y grosor proporcionado.

Los indígenas se cloroformizan pronto y bien; el período de excitación es corto, pero muy violento a veces. En la actualidad, pocas veces operamos bajo la anestesia general clorofórmica, y concedemos la preferencia a la local por la novocaína-suprarrenina, de cuyo empleo estamos cada día más satisfechos. En los que requieren una intervención quirúrgica de verdadera importancia—laparatomía, etc.—hacemos trasladar el enfermo al Hospital de Melilla, pues sería temerario emprender en el Consultorio la realización de estas operaciones, encontrándonos solos para efectuarlas, con el único auxilio de un Practicante. En los demás



Sangrador rifeño.

casos, salvo excepción, se opera bien con la anestesia local. Creemos que ésta es la verdaderamente indicada—e indispensable—para los que se encuentren en situación análoga a la nuestra—los Médicos rurales—no pudiendo disponer de personal auxiliar hábil a quien confiar la anestesia clorofórmica. Con anestesia local hemos realizado cierto número

de operaciones de alguna importancia, sin registrar accidentes alguno. (Extirpación de epiteloma cutáneo, de voluminoso lipoma occipital, de keloides, amputación de falanges, etc.).

Las lesiones traumáticas conetituyen la mayor parte de la estadística de los enfermos asistidos en el Consultorio. Hemos tratado más de un centenar de lesiones graves, representadas por fractura de la bóveda craneal — tres casos —, del maxilar inferior sección de la laringe, heridas de arma blanca y de fuego penetrantes del abdomen, idem del cráneo, herida de arma blanca atravesando el pulmón, etc.

Es digno de anotar que algunos de los heridos asistidos en el Consultorio lo habían sido por las balas españolas, y, entre ellos, citaremos al xiej de Beni-Sidel, Al-lal Bay, herido en Taxdirt, con un balazo en la mano, y a Abd-el-Kaler Hédi, también de Beni-Sidel, que recibió en el combate del barranco del Lobo tres balazos, casi simultáneamente, dos en la región coxal y uno en el muslo.

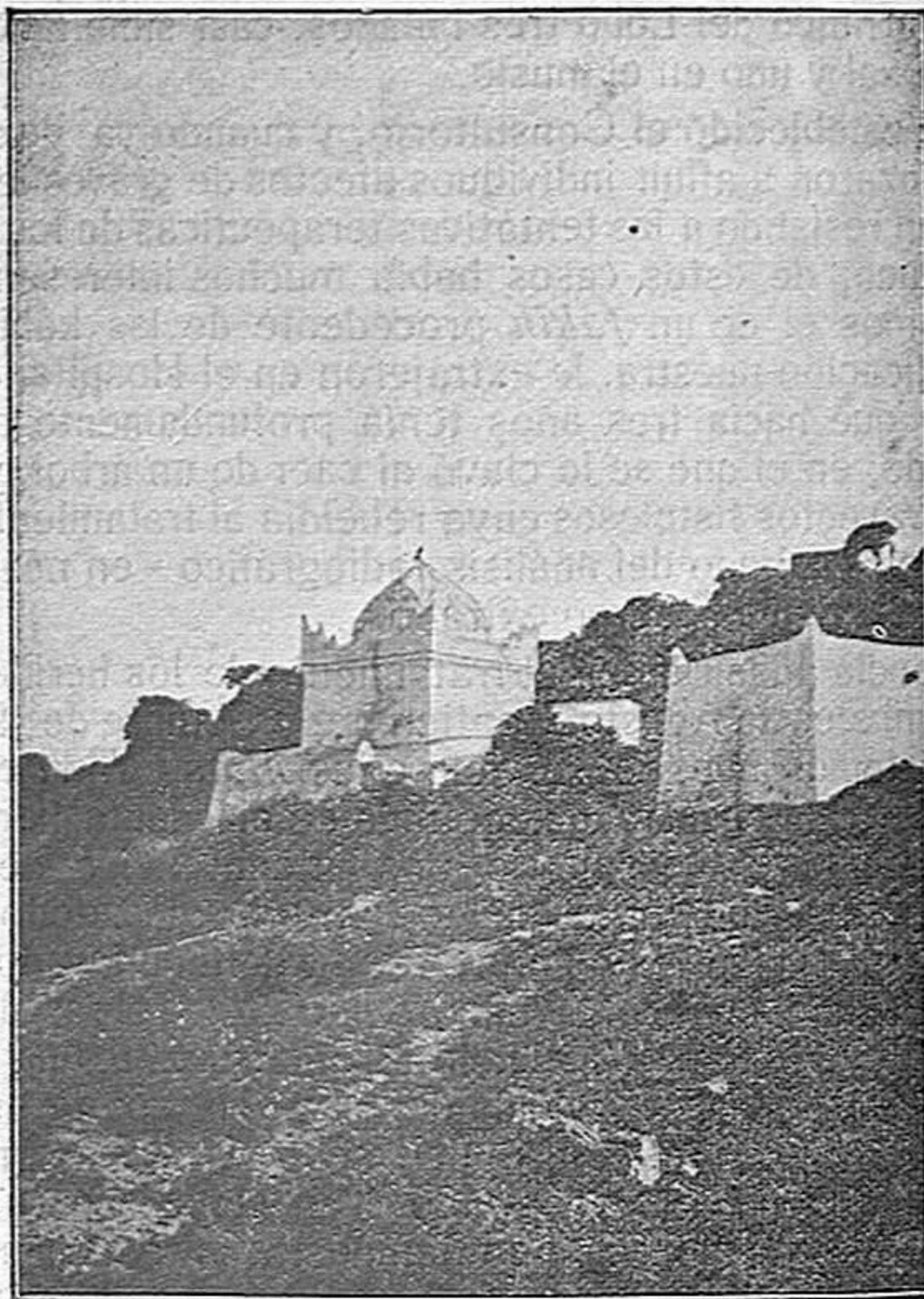
A poco de establecido el Consultorio, y cuando ya gozaba de algún crédito, comenzaron a afluir individuos afectos de graves lesiones crónicas, que habían resistido a las tentativas terapéuticas de los *tobba* (plural de *tebib*, médico; de estos casos había muchos interesantes, y, entre ellos, recordamos el de un *fakih* procedente de las kábilas del S., a quien, por indicación nuestra, le extrajeron en el Hospital de Melilla un trozo de palo que hacía tres años tenía profundamente alojado en el muslo izquierdo, en el que se lo clavó al caer de un árbol, y que dió origen a varios trayectos fistulosos cuya rebeldía al tratamiento nos afirmó —en contra del resultado del análisis radiográfico— en nuestra creencia de que se trataba de ese cuerpo extraño.

La experiencia adquirida en el tratamiento de los heridos que asistimos en los combates de Agosto, Septiembre y Octubre de 1911 —durante los cuales prestamos nuestro servicio a las *Mías y Harca auxiliar* en operaciones— y en la observación de más de cincuenta heridas de arma de fuego tratadas en el Consultorio, nos ha convencido de la superioridad de la primera cura de urgencia con arreglo al método que ha dado en llamarse *Japonés*. Consiste en prescindir de todo lavado con soluciones antisépticas, de todo reconocimiento que no sea el rapidísimo e indispensable para comprobar la existencia de una fractura, una lesión vascular, etc., en desinfectar los orificios de la herida con tintura de yodo y en aplicar un sencillo vendaje aséptico sobre unas compresas de gasa también aséptica. Y reposo del herido. Tan sencilla cura resulta muy superior a todas las demás, como lo demuestra la reducísima mortalidad de nuestros soldados heridos que de este modo han sido tratados. Sin ningún otro tratamiento, hemos asistido a la curación de un indígena cuyo vientre había atravesado una bala Mauser, con perforación intestinal múltiple. El caso se ha repetido varias veces en la pasada campaña.

Entre los procesos quirúrgicos más frecuentemente observados en indígenas, citaremos a los antrax y absesos purulentos, a los tumores, dominando los epiteliomas, a las artritis y tuberculosis óseas de las extremidades, a la osteomielitis aguda, a las hernias, etc.

**Los Médicos y la medicina rifeña.**—Entre los indígenas, la profesión médica es ejercida por los *tobba*, *barberos* y *santones*.

Los *tobba* no han hecho estudios especiales para merecer tal título; las más de las veces la profesión del *tebib* es hereditaria, y se transmite, como los bienes, de padres a hijos. Supone el vulgo que el padre ha educado al hijo en los maravillosos secretos del arte de curar, y eso basta para que se considere al hijo tan *tebib* como a su antecesor. Otros son *fakih*, individuos que saben leer y escribir, y que, merced a algunas curaciones oportunas y renombradas, adquieren pronta fama y numerosa clientela. Hemos tratado a algunos de estos *tobba*, y entre ellos al que fué algo así como Médico de Cámara del pseudo Muley Mohamed, más conocido en esta región con el burlesco título de *Bu-Hamara* (el padre de la burra). Sus conocimientos médicos son limitadísimos y erróneos. Admiten que existen en el cuerpo humano 554 huesos, el mismo número



Morabito de Sidi-Messaud (Beni-Bu-Gafar).

de días que tiene el año musulmán; clasifican a las enfermedades en seis grupos, con fiebre o sin ella, con pérdida de substancia o sin ella, con dolor o indoloras; no diferencian la topografía de las vísceras, y, de éstas, desconocen en absoluto algunas, como el páncreas, las supra-renales, la ciroides, etc., etc. En cuanto a los medios de curación que emplean son: la cauterización por el fuego, las sangrías y cataplasmas,

y bebidas compuestas con las más extrañas y heterogéneas sustancias. Son los *tobba* embaucadores, charlatanes, inmorales, míseros explotadores de su escaso saber, avariciosos, rastreros con el fuerte y déspotas con el pobre; en general, gozan de poca consideración por parte de sus clientes, quienes, sin embargo, y por temor a sus conjuros, los obsequian con esplendidez, cuando, para prestar sus servicios, acuden a sus casas.

La cauterización ígnea es el procedimiento terapéutico por excelencia de que se vale el *tebib*. La practica con hierros enrojados. Unos cauterios tienen forma de cuchillas, o lo son en realidad, otros son sim-



Santuario de Sidi Mohamed Ben Nuiss (Beni-Sicar).

ples varillas de hierro, etc. Es difícil precisar qué criterio siguen para la aplicación de las diferentes formas de cauterizaciones y sitio en que se ha de efectuar; estamos por creer que no es otro que la inspiración del momento, pues las hemos visto de distintas maneras practicadas en toda clase de enfermos. El único criterio algo general es el de aplicar la cauterización *loco dolenti* en los procesos locales o en aquellos en que existen dolores localizados; en las enfermedades febriles, sin dolor fijo en algún punto, efectúan la cauterización a nivel de las articulaciones, sobre todo en las de la muñeca, codo y externo-clavicular y en las regiones supra-umbilical y de la nuca. En el abdomen, acostumbran a trazar con el cauterio dos series de líneas entrecruzadas, como formando cuadrícula. Entre los enfermos, goza el procedimiento de gran prestigio, y no pocos han acudido a nosotros suplicándonos que tratásemos su enfermedad con la cauterización. Tal confianza en este procedimiento terapéutico tiene razón de ser, resulta lógica, pues se logran, gracias a él,

positivas curaciones; es una revulsión brutal en la forma de aplicarla, pero indudablemente útil en muchos casos.

Imposible hacer una clasificación, ni apenas enumerar las substancias que integran la *Farmacopea* al uso del *tebib*. Citaremos entre otras, a la goma amoníaco — *Fassok* — empleada para la depilación; al *Bselt ed dib*, escila marítima, afrodisíaco; al *Otrán*, alquitrán, para la cura de heridas; al *Alum*, alambre en pomada de manteca, para tratamiento de granos; al *Holba*, preparación hecha con miel y manteca, panacea de todo proceso intestinal; al *Tenkar*, bórax, que emplean en las afecciones de la boca; a la *Melha*, sal gemma, que utilizan como purgante, etcétera, etcétera. Entran también en la terapéutica del rifeño los emplastos y unguentos a base de manteca de vacas y sebo de carnero, y los recursos de una opoterapia estrambótica, que utiliza con preferencia las más extrañas substancias del reino animal. Lógico y con fundamentos de racional observación es el empleo terapéutico de ciertos órganos — tiroides, testículos, placenta — que practican algunos pueblos bárbaros, pero no es esta la opoterapia del rifeño. Sirvan de muestra los siguientes remedios que nos ha indicado un notable *fakih*, sacados de antiguos escritos, que le fueron legados por un viejo *tebib*. El cuervo entero, incluso con plumas, se reduce a cenizas; resultan eficaces éstas para el tratamiento de la tiña; el corazón del mismo animal, comido crudo por los enfermos del corazón, les cura; los ojos del murciélago sirven para agudizar la vista de los que los comen; las sanguijuelas, tostadas sobre carbones, combaten los infartos del bazo e hígado..... Medicaciones análogas a éstas constituyen lo más selecto, lo más sabio de la Medicina rifeña. Escribiríamos algunas páginas de ciertas prácticas terapéuticas curiosas, de no vedárnoslo la necesaria brevedad de este trabajo. Indicaremos sólo dos; para extraer una sanguijuela adherida a la faringe — cosa que ocurre con frecuencia al beber de bruces en los arroyos — se toma un pedazo de azufre, se le coloca en el interior de un canuto de caña y se enciende el azufre; el paciente aspira por uno de los extremos del canuto el ácido sulfuroso que se desprende, y no tarda en caer la sanguijuela. Para acelerar el parto, la mujer parturienta se pone de pie, y debajo de ella un brasero, en el que se colocan sobre las ascuas trozos de piedra pómez; se produce en seguida la rotura de la bolsa de las aguas, y a poco el nacimiento. ¡Tal es la Medicina de la raza que ha permanecido siempre aislada, conservando pura su barbarie, encontrándose en la costa mediterránea, a dos pasos de la civilización y del progreso!

Los *tobba* frecuentan zocos, en los que se establecen en las horas de mayor afuencia de público, a la manera de esos charlatanes de plazas y mercados, tan frecuentes en España, cobijados por una pequeña tienda triangular de lienzo, que sólo se permiten el lujo de poseer los que gozan numerosa clientela, o simplemente sentados en el suelo, como cualquier modesto *fel-lah*, uendedor de cebollas o zanahorias; colocan ante sí, sobre la tela de un saco, la *farmacia*, compuesta de muchas botellas de las más distintas y extrañas procedencias, botellas de Anisado, de Agua medicinal, de Elixir dentrífico, etc., cuyas botellas contienen *licores* y *mejunges*, de repugnante aspecto, olor y gusto, como producto que son de la arbitraria mezcla de las más heterogéneas substancias de la naturaleza.

Farmacéuticos y Médicos, todo en una pieza, no les falta a estos *tobba* su remedo de arsenal quirúrgico, constituido por algunos instrumentos dignos de figurar en el Museo por la curiosidad de sus aplicaciones, que se halla en abierta oposición con el fin real para que fueron creados. Nos extrañó en una ocasión ver a un reputado *tebib* de Beni-Sidel unas tenacillas de rizar de tres ramas, de las que generalmente utilizan las mujeres europeas para dar a sus cabellos la ondulación de que naturalmente carecían. Mal hicimos en preguntar al orgulloso *tebib* si aquel instrumento lo utilizaban para el mismo fin las mujeres indígenas. Despreciando con la mirada la pregunta, sin dignarse darnos respuesta, se dirigió a un indígena que nuestra conversación escuchaba, y le explicó, instrumento en mano, su aplicación para las cauterizaciones. Eran dignos de ver la prosopopeya y el énfasis con que el sabio *tebib* manejaba las tenacillas, dejando caer la conmiseración de sus ojos sobre el Médico cristiano, testigo atónito de su singular destreza en el empleo de tan complicado artefacto.

Mal enemigo es el *tebib*. La verdad sea dicha, pese a la enorme labor educativa y humanitaria desarrollada en el Consultorio, a pesar del sinnúmero de curaciones *milagrosas* alcanzadas por el Médico cristiano, el *tebib* continúa siendo el Médico de los rifeños. Por lo menos, sus consejos y servicios son solicitados por gran número de enfermos. Al fin, el *tebib* es también rifeño, tiene las mismas creencias y costumbres que sus clientes, y prefieren éstos encomendarse a los cuidados del *tebib*—sobre todo si de mujeres se trata—a recurrir a los del cristiano. En muchas ocasiones hemos tropezado en nuestra labor con los obstáculos creados por la ingerencia del *tebib* en el ánimo de nuestros enfermos (1).

Mal enemigo es el *tebib*, hemos dicho y lo repetimos. Realmente, mucho ha perdido con la acción de los Médicos españoles, que han venido a quitarle de las manos gran número de enfermos, representativos, en cuanto a honorarios, de bastantes gallinas, muchas pesetas e infinidad de comilonas. Pacientes sobre quienes el *tebib* arrojó la fatalidad de su juicio, fueron llevados a vida por los auxilios del Médico cristiano; dura y punzante *ofensa* que no perdonan los profesionales europeos y mucho menos estos *tobba*, que unen a su ignorancia el odio al cristiano y el orgullo legendario de la raza bereber. Mal enemigo. Ellos han sido los inductores de enérgicas resistencias que en ocasiones

(1) Asistíamos en el poblado de Ait-Muza a una mujer que padecía extensas quemaduras en las extremidades inferiores y regiones glúteas y perineal. Un día encontramos, en lugar del vendaje que colocamos la víspera, un negro emplasto que cubría toda la superficie mortificada: emplasto compuesto de miel, manteca de vacas y carbón de caña verde en polvo, con el que había substituído a la cura que habíamos aplicado un *tebib* deseoso de enmendarnos la plana. Fueron necesarios varios días de curas detenidas para separar aquel emplasto de la quemadura, en la que sobrevino la infección, originando elevadísimas fiebres, que nos hicieron temer por la vida de la pobre mujer. Al fin, aquella inmensa llaga mejoró de aspecto y remitieron las fiebres. Pero otro día, al levantar las ropas, vimos que había desaparecido el vendaje y que se arrastraban sobre la llaga innumerables, negruzcas y repugnantes babosas, colocadas por el mismo *tebib* para aliviar, con el cosquilleo de su reptación, los sufrimientos de la enferma. El marido de ésta, al tener conocimiento del caso, tomó tan radical medida respecto al *tebib*, que éste no volvió a retardar la curación de la enferma con sus estúpidas intervenciones.

encontramos en enfermos hasta entonces sumisos; ellos los que crearon —o lo intentaron— una atmósfera de aislamiento y hostilidad hacia el Médico *rumi*; ellos los que bordaron en el cañamazo del odio puntas de celos y repugnantes suspicacias, y ellos los que anatemizaron de la Medicina cristiana, poniéndola en pugna con las creencias religiosas musulmanas. En lucha de competencia con el Médico cristiano, no vacilan a veces, en apropiarse los procedimientos curativos de éste, haciendo irracional empleo de los mismos. Por fortuna para nuestro prestigio, la ignorancia ha dado lugar a fracasos, y, en tal plan de competencia, fracaso del *tebib* es éxito de Médico (1). Necesariamente, el *tebib* ve en el Médico a su enemigo económico y profesional, que le hace perder dinero, crédito *científico* y prestigio; no es extraña su conducta.

Con entusiasmo y con la ayuda de todos, se ha conseguido que un avisado joven indígena ingrese en la oficialidad de nuestro Ejército. El día de mañana, en Marruecos como en España, este Oficial más entre miles de oficiales españoles. Pues bien, un indígena de análogas condiciones, de capacidad mental, que se hiciese Médico en España, sería para nuestra nación un poderosa auxiliar en Marruecos; la comunidad de creencias y de raza y la superioridad de su saber harían de este individuo una persona de extraordinaria influencia sobre la población indígena.

Cuando asiste a sus enfermos, el *tebib* siempre queda airoso. El fatalismo musulmán le auxilia; si muere el enfermo... *Can-Meketub*: «Estaba escrito», y la resignación de los parientes sigue muy de cerca al fallecimiento. El *Inrá Allal tebarah* de los *tobba* equivale al *Deo volente* de nuestros antiguos Médicos, que confiaban más en la divina voluntad que en la propia ciencia.

La sangría comparte con la cauterización el summum de la terapéutica rifeña. Es una creencia muy arraigada en los rifeños la necesidad de hacerse sangrar una o varias veces al año, pero siempre en la época de la primavera y principios del verano. Según nos han explicado varios indígenas, a quienes preguntamos sobre el particular, la sangre se va empobreciendo con el uso de la vida, los disgustos y trabajos la alteran, y cuando sube a la cabeza esta *sangre mala*—lo cual tiene lugar al iniciarse los calores del estío— los *diablos* se aprovechan de la debilidad de aquélla y cogen al hombre (tener *diablos* o estar cogidos de *diablos* significa para los rifeños el padecer ataques nerviosos—histerismo, epilepsia—y también a algunas formas de mielitis, corea, etc.), o esta sangre mala hace que el individuo piense mal y cometa acciones criminales. Para evitar tales peligros, la sangría es el remedio. La sangría rifeña, o mejor dicho, marroquí, pues de igual modo se practica en todo Marruecos, se efectúa en la región occipital, detrás del borde pos-

(1) Una muchacha del poblado de Sidi-El-Hach-Said, vino al Consultorio con una artritis serosa de la rodilla. Punción y apósito enyesado. Curación. Meses después, procedente del mismo poblado, llegó una mujer que había padecido anteriormente una artritis del codo, benigna, a juzgar por lo que nos dijo; un *tebib* se encargó de la curación, y, teniendo noticia de nuestro tratamiento en el caso anterior, demostró a la yemáa su suficiencia punzando la articulación con un grueso clavo... Cuando la enferma acudió al Consultorio, la artritis era purulenta, con varias aberturas fistulosas y un principio de anquilosis, que dificultaron mucho el tratamiento.

terior de la apófisis mastoides. Desde el mes de Abril hasta el de Agosto, constituye un curioso espectáculo ver practicar estas sangrías en los zocos. Bajo una pequeñísima tienda de lienzo triangular, se sienta el barbero-sangrador en un banquillo de poca altura y delante de él, sobre una esterilla o piel de carnero, se coloca el cliente, de espaldas al operante. Empieza éste por rasurar, en seco, la región occipital; después, con la punta de una navaja, practica a ambos lados de la región una serie de pequeñas incisiones perpendiculares unas a otras, algo así como una escarificación algo *enérgica*. En seguida, humedece el sitio con una esponjilla o trozo de trapo, y aplica la ventosa. Tiene ésta la forma de un cono truncado por su vértice, y, de la proximidad del mismo, parte un tubo fino, que termina en una boquilla formada por otro tubito de cuero. Al succionar el sangrador por este tubo, hace el vacío, y, por razón del mismo, la boquilla se cierra. El momento de la succión es, en verdad, repulsivo. La ventosa queda aplicada dos o tres minutos, al cabo de los cuales se la retira, se separa la sangre extraída, previo nuevo frote con el trapo mojado y refrescamiento con la navaja de las incisiones, se aplica nuevamente la ventosa. Es muy variable la cantidad de sangre que se extrae; por término medio puede calcularse en unos 50 gramos. En un zoco de medianamente concurrido, cada sangrador suele realizar unas 30 o 40 sangrías. El precio de éstas es de 20 céntimos.

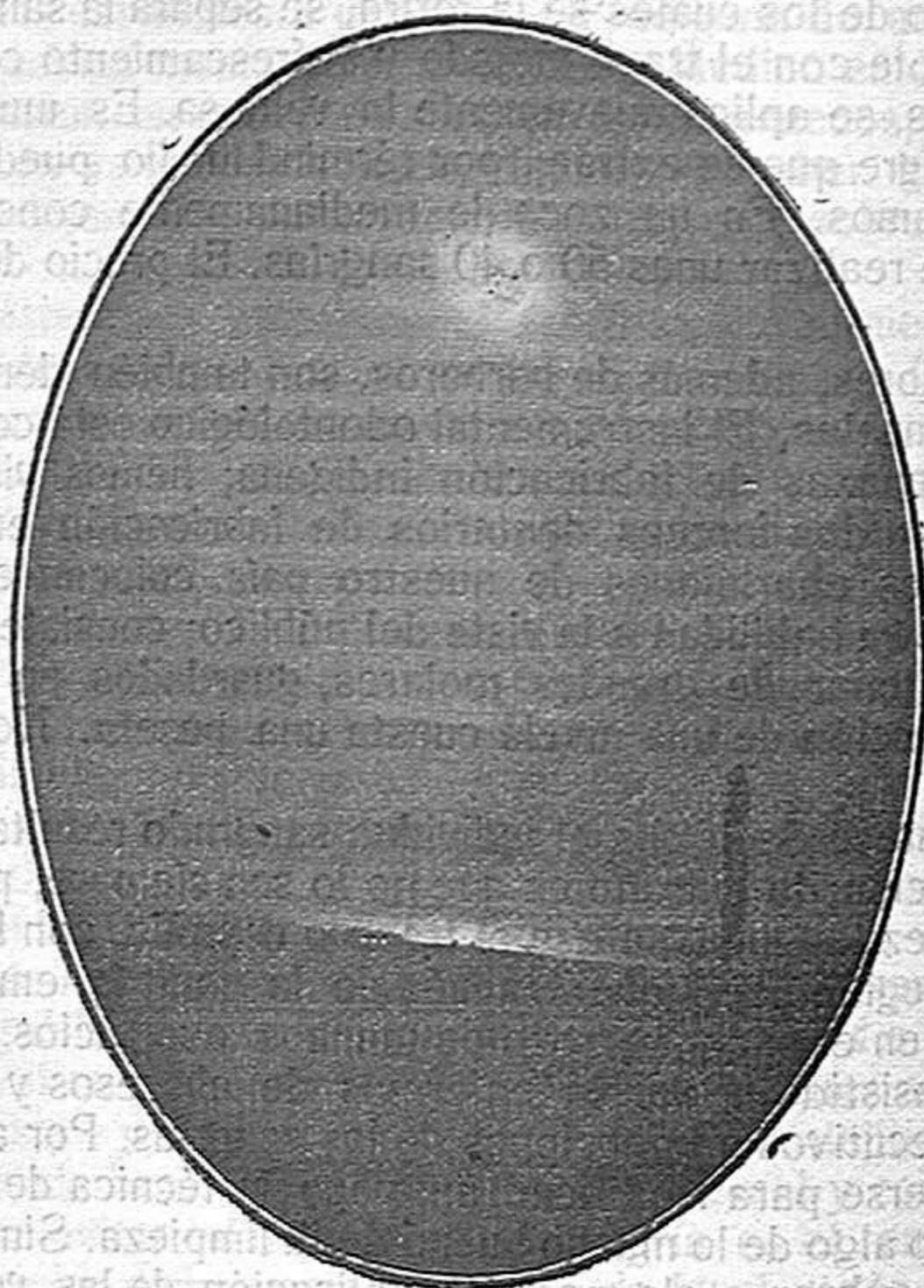
Los sangradores, además de barberos, son también dentistas, o mejor dicho, sacamuelas. El instrumental odontológico está constituido por unas groseras tenazas de fabricación indígena; hemos visto a algunos que poseen uno o dos forceps dentarios de fabricación europea. A la manera de ciertos charlatanes de nuestro país, colocan el muestrario demostrativo de su habilidad a la vista del público; consiste dicho muestrario en un centenar de grandes molares, guardados en un frasco de cristal. La extracción de una muela cuesta una peseta. No conocen el botador.

Inútil nos parece decir que el individuo sangrado resulta a veces víctima de la infección; lo extraño es que no lo sea siempre, pues para todos, y sin limpieza alguna, se usa el trapo o esponja, con la que lo mismo se frota la región antes que después de la sangría; empapada como está la esponja en el sudor barroso de muchos occipucios nunca bautizados. Hemos asistido a varios enfermos de abscesos y linfadenitis cervicales consecutivos a infecciones de las sangrías. Por ahora, poco o nada puede hacerse para modificar un poco la técnica de éstas, enseñando al barbero algo de lo mucho bueno de la limpieza. Sin éxito, hemos intentado acostumar a algunos a la aplicación de las ventosas ordinarias sobre las escarificaciones. El barbero-sangrador es mal sujeto; se relaciona con centenares de indígenas, recorre las kabilas y suele ser un elemento de difusión de resistencias y rebeldías muy digno de que se le tenga en cuenta.

El santón o morabo (llaman los kabileños *morabos*—y escribimos la palabra tal como la pronuncian—a todo aquello que equivale a santo; morabo o morabito es el santuario que conmemora el recuerdo de algún hombre santo, modelo de virtudes; también llaman así a los que gozan de prestigio religioso, como nuestros sacerdotes, y, finalmente, también

dan el nombre de morabo a los talismanes o amuletos) es el Médico de los supersticiosos, de los creyentes, es decir, de casi la totalidad de los rifeños, pues hasta en los más despreocupados hacen mella los misterios de lo sobrenatural. El morabo es para el indígena tan Médico como San Ramón Nonnato. Santa Lucía, etc., lo son en nuestro país, con la diferencia de que la fe de nuestros paisanos no es tan general ni tan intensa como la del rifeño.

La *técnica terapéutica* del morabe 'es muy sencilla. Tiene dos formas principales: la fiesta y el amuleto. En la primera, el enfermo y su familia acuden al santuario donde reside el morabo o simplemente al santuario de su devoción, cuya custodia —y culto pudiéramos decir— está confiada a un *fakíh*. Se sacrifica un cordero, que, acompañado de miel, manteca, cuz-cuz, etc., constituye la materia de un banquete, del que suele participar el enfermo, por grave que sea su estado: se ameniza

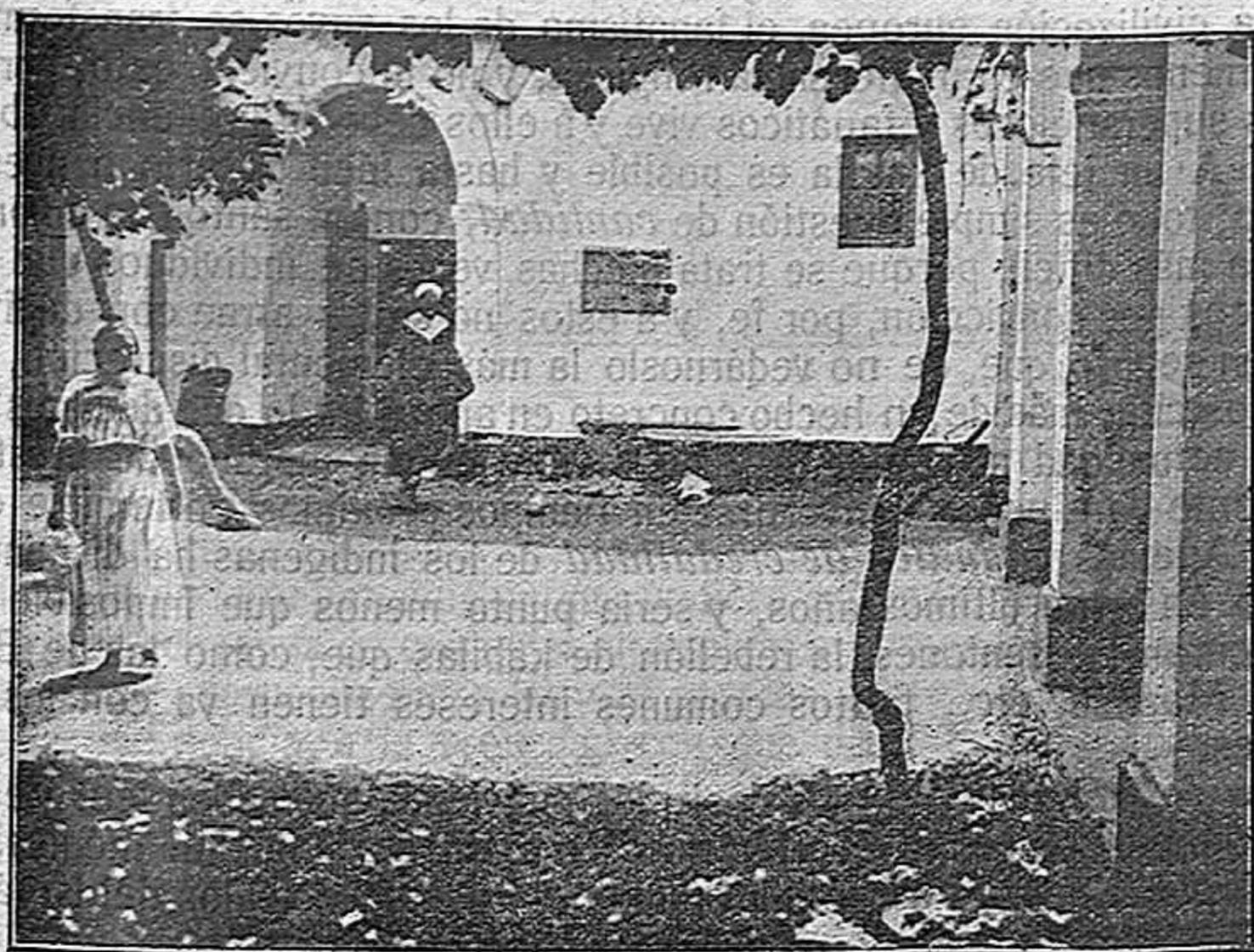


Melilla vista desde Zoco el Had en noche de luna.

la comida con invocaciones al Dios único y al Profeta y Santo que se venera en el morabito. Los pobres no pueden hacer los grandes gastos que implica tal tratamiento, y recurren al más modesto del amuleto. Consiste éste en un versículo del Korán que el santón escribe en un pedazo de papel, pero lo curioso de tal escritura es que se hace de un modo caprichoso; cada palabra de las que componen el versículo está encerrada en un cuadríto; unas veces en forma de tablero de damas;

otras constituyendo estos cuadritos figuras regulares geométricas sencillas; otras van adornadas con infantiles dibujos, etc., etc. La variedad de los amuletos es infinita y se aplican a todas las circunstancias de la vida: para evitar esta o aquella enfermedad, para librarse de ser herido por las balas (1), para tener sucesión, etc. Esta *medicina* es barata, oscilando su valor entre una y diez pesetas; las de este último precio corresponden a santones de algún renombre o se aplican para curar o evitar graves enfermedades y peligros. Hay morabos que gozan de particular devoción o resultan especializados para la cura de determinadas afecciones.

La generalidad de los indígenas armoniza lo divino con lo humano. Como diríamos en España: «A Dios rogando y con el mazo dando», es decir, que adquieren el correspondiente talismán, sin perjuicio de venir en seguida al Consultorio, en demanda de alguna medicina que coopere al alivio. Con razón se dice que la fe es ciega; no basta la existencia de la demostración para desarraigar creencias tan profundamente sentidas. Véase una muestra. Un askarí de la Policía indígena, Mizzian Haddú, se presentó en el Consultorio llevando colocado sobre la frente, atada



Patio principal del Hospital Central de Melilla.

con un bramante, el indispensable amuleto; padecía cefalalgias de origen específico, y solicitaba que le librásemos del dolor que en aquel momento sufría. Una dosis de piramidon lo logró en pocos minutos, al cabo de los cuales se presentó nuevamente en el Consultorio, se arrancó el

(1) Seriamente nos suplicaba un indígena portador de uno de estos milagrosos amuletos que disparásemos sobre él nuestro revólver a dos pasos de distancia, para demostrarnos que la bala se convertiría en agua al tocarle.

amuleto, lo tiró al suelo con desprecio, y expresó vivamente su entusiasmo por la *medicina rumi*.

Pasaron algunos días y volvimos a verle con el amuleto colocado sobre la frente. En la noche del 12 de Septiembre, en Ishafen, Mizzian, que así se llama el individuo, recibió un balazo en la frente, en el mismo lugar en que acostumbraba a colocarse el amuleto. Algunos compañeros, menos religiosos, se burlaban después de él diciéndole que el amuleto no le había evitado el balazo, a lo que el Mizzian respondía que el amuleto había desviado la bala, impidiendo que penetrase en el cerebro.

El santón o morabo es uno de los más temibles enemigos que España tiene aquí. Su influencia sobre los indígenas es tanta, que resultan los únicos que en el Rif pueden provocar la rebelión de una kabila y aun de una región contra los cristianos. Es nuestro más irreconciliable enemigo, por doble causa; por religión y por conveniencia. Lo es porque las demostraciones de su ardiente fe, sus virtudes, le han hecho reputar como tal santón, y, gracias a ello, goza de prestigio, de influencia y de riqueza. Desde el momento en que adjura de su fe musulmana, permaneciendo neutral o auxiliando a los cristianos en la ocupación del territorio, pierde todo su ascendiente. Sabe muy bien que, con la dominación española, con la civilización europea, el fanatismo de los suyos se transformará poco menos que en indiferencia religiosa, y no le conviene esto, porque de los supersticiosos y fanáticos vive y a ellos debe su influencia y bienestar. A un jefe de kabila es posible y hasta fácil pasarlo a nuestro campo; todo es simple cuestión de *cantidad*; con un santón la empresa resulta más difícil, porque se trata muchas veces de individuos que son fanáticos por convicción, por fe, y a éstos no se les atrae con dádivas. A buen seguro que, de no vedárnoslo la más elemental discreción, podríamos citar más de un hecho concreto en apoyo de lo que decimos (1). En la actualidad no existe en esta región ningún morabo de prestigio suficiente para poder convertirse en tiempos próximos en temible enemigo. Además, el *índice de credulidad* de los indígenas ha disminuído mucho en estos últimos años, y sería punto menos que imposible que provocaran los santones la rebelión de kabilas que, como las de Benisicar, Mazuza, etc., tantos comunes intereses tienen ya con los españoles.

Los *fokah* (maestros), es decir, los individuos que saben leer y escribir en lengua árabe, comparten con los morabos la misión médica. Se limitan generalmente a escribir amuletos, frases, versículos del Korán, a

(1) Recuérdese al Roghi de Zeluán que, excitando el fanatismo de los marroquíes contra las innovaciones europeas que el sultán Muley Abd-el-Aziz introdujera en la corte jerifiana, logró rebelar contra él a las más poderosas kabilas y poner en peligro su reinado.

El célebre caudillo A'Mizian, era antes de ser el jefe de la harca que nos combatió en 1909 y 1911, el santón de la *zauia* (*congregación, cofradía, secta*) de Ségangan (Beni-Bu-Ifruor). Y prueba de que era su personal influencia la que sostenía la lucha y mantenía unidos los elementos rebeldes que integraban la harca, es que, a poco de morir bajo la acción de las balas españolas, la harca se disolvió y terminó la lucha.

El célebre santón de la Puntilla, jefe de la zauia de Sidi Abd-el-Kader Yilali, que existe en Tres Forcas (Beni-Sicar), tenía sobre los indígenas de esta región una influencia y prestigio ilimitados. Hace bastantes años, marchó a realizar la peregrinación a la Meca, y nada se ha vuelto a saber de él. Se cree que murió en la Arabia.

los que se dan las más diversas aplicaciones. Una de las más frecuentes tiene mucha relación con la patología sexual del rifeño. Cree éste que el *fakin*, como el morabo, saben muchas cosas que aprenden en libros que sólo ellos conocen, y que pueden, a su voluntad, hacer impotente a cualquiera, bastando para ello que escriban en un papel conjuros destinados a este fin. Es tan general, y tan firme esta creencia, que todo rifeño va



Una sala del Hospital Central de Melilla.

antes de casarse en busca de un *fakih*, para que le escriba un amuleto que le libre de la impotencia en que pudiera encontrarse llegado el momento, por venganza de cualquier otro *fakih*; tal amuleto se suele cotizar en un precio que oscila entre 10 y 25 pesetas. Unido el miedo insuperable a la impotencia, a la brevedad con que después de la boda ha de mostrar pruebas sangrientas, demostrativas de la virginidad de su mujer y del propio poderío, resulta que, en muchos casos, se obstina y desespera al encontrarse enfadosamente inerte ante el hermético umbral del matrimonio.

Muchos son los que en tan desairado trance suelen encontrarse, y no pocos aquellos en quienes persiste largo tiempo la impotencia. En última instancia acuden al Consistorio, buscando en la medicina *rumi* el remedio contra el morabo del *faki*, a quien siempre atribuyen aquélla. Y es lo más notable que sean también las mujeres víctima de análogo padecimiento, y por la misma causa. *Estar cerrada* llaman a eso los rifeños, y, abstracción hecha de los casos de vaginismo real, patológico, existen muchos cuyo origen es puramente sugestivo.

No falta en ningún poblado rifeño la vieja curandera, también comadróna, maestra en el arte de fabricar unguentos y bebedizos contra las más distintas dolencias. Algunas llegan a gozar cierta fama, y solicitan sus auxilios gran número de clientes. Ellas son también las que practi-

can el tatuaje y enseñan la depilación. No hay mujer en Guelaya que no esté tatuada. Consiste el tatuaje en una serie de pequeñas crucecitas que forman línea vertical en la frente, desde el nacimiento del pelo hasta la raíz de la nariz; desciende otra línea de crucecitas desde el labio inferior hasta el hueco supra-esternal; y ocupan otras crucecitas el dorso de las manos y pies, la parte media anterior del brazo, y alguna que otra más caprichosa situación. El instrumental de que se valen es bien sencillo: una espina de pala de nopal, con la que practican gran número de picaduras, formando las crucecitas, las que frotan luego con añil en polvo. La edad en que se tatúa a las niñas es la de tres a cinco años: el tatuaje es de color azul, y persiste toda la vida, debilitándose muy poco con el tiempo, como lo hemos comprobado en muchas viejas. En cuanto a la depilación, es práctica que la costumbre impone a la mujer rifeña, y ninguna deja de seguirla con rigor. Comienza a practicarse en las auroras de la pubertad, y se la efectúa en todas las partes del cuerpo. El procedimiento seguido no es otro que el de arrancarse el vello, práctica que resulta muy dolorosa en algunas regiones. Para evitar que se escurra y no se arranque el vello al cogerle con los dedos, se impregnan el pulgar y el índice en goma amoníaco (*fassok*). Los hombres encuentran la costumbre algo molesta, y se limitan a cortarse el vello con tijeras y sólo el de la región pubiana.

Como es sabido, la circuncisión constituye el bautizo del musulmán, su profesión de fe. Se practica en los niños cuando tienen de dos a cuatro años. La operación la realiza el *tebib*, y a veces un *morabo* o un *fakin*. Es una circuncisión completa, comprendiéndose en el corte toda la porción sobrante de prepucio; la sección se realiza con un cuchillo; hacerla de un solo corte representa un rasgo de habilidad, que acredita a un *tebib*. Inmediatamente después de la sección, se introduce el pene en una cáscara de huevo de gallina que contiene yema mezclada con alheña (*lawsonia inermis* en Botánica, *henna* en árabe) formando papilla. A falta de *henna*, se emplea estiércol de cabras pulverizado. Este tratamiento tiene por objeto suprimir la hemorragia, que es generalmente grande; pero no siempre se consigue el resultado, y hemos asistido a un niño con anemia hemorrágica aguda, que se encontraba en estado sincopal cuando le llevaron al Consultorio. El hemostático indígena resulta también origen de infecciones, y de ellas hemos visto más de un caso grave.

Entre las pocas cosas buenas de la Medicina rifeña, se encuentra el régimen a que se somete a toda mujer recién parida. Esta debe permanecer, al menos durante siete días después del parto, dentro de la habitación en que dió a luz, y los dos primeros días sin levantarse de la cama. Durante esos siete días—los únicos en su vida en que la mujer rifeña es *alguien* en su casa—se la cuida con esmero, se la rodea de atenciones, no se la habla de nada que pueda disgustarla, etc. «La mujer que pare tiene treinta días abierta su sepultura», dicen los rifeños, y durante los mismos está libre, por tanto, de los duros trabajos que constituyen sus habituales ocupaciones.

No hemos asistido a ningún parto rifeño. De ello se ocupan las viejas comadronas; la ruda castidad de las mujeres y la desconfianza de los maridos les impide solicitar los auxilios del Médico cristiano en tales

circunstancias. No comprende, por otra parte, el rifeño que esa misión o asistencia la realicen hombres. La fiebre puerperal es frecuente, y hace muchas víctimas; conocemos la solución verdaderamente horrible, dada a algunos casos de distocia. El niño, a poco de nacido, alterna en su alimentación, con la leche materna, los higos chumbos, el te, toda clase de frutas, etc.: la mortalidad infantil es, necesariamente, elevadísima, y apenas resulta compensada por la extraordinaria fecundidad de la mujer rifeña.

Para el rifeño, todo enfermo debe comer, principalmente si la enfermedad es febril; la gallina guisada y los huevos duros son los alimentos más indicados en estos casos. Como recurso heroico, sólo acordando en enfermedades crónicas de larga fecha, se practica el ayuno: ordinariamente se establece que el enfermo debe permanecer en una habitación, sin salir de ella en treinta días, durante los cuales su alimentación se compone de pan, aceite de olivas y te: mientras persiste el ayuno, el enfermo no ve ni habla a nadie, excepto a su mujer e hijos, los cuales no pueden recordarle asuntos desagradables.

No concibe el rifeño la posibilidad de que existan muchas medicinas que curen las enfermedades de los ojos, otras muchas que curen del corazón, etc., como tampoco que haya muchas enfermedades distintas que afecten a un mismo órgano. Enfermedad del corazón y medicina del corazón; tiene por tanto, un criterio organicista unitario de la patología y de la terapéutica.

Durante el ayuno del Ramadán, los indígenas se niegan rotundamente a ingerir medicamentos; consideran que hacerlo es faltar al ayuno. No consienten ni aun las instilaciones de colirios porque «*medicina entra en el cuerpo por los ojos lo mismo que por la boca*».

Una regla general deducida de la práctica. Es inútil someter al rifeño a un tratamiento largo, que exija muchos días de aplicación; no admite más que la terapéutica *explosiva*, que duela, que mortifique; mientras más torture, mejor es la medicina, a su juicio. Y como son así y nada se consigue con intentar hacerles pensar de otro modo, resulta preciso adaptar la terapéutica a la clientela y no hacer sólo uso más que de tratamientos enérgicos y de rápida acción. Cuantas veces hemos establecido un tratamiento largo—el de Calot para las adenitis tuberculosas, la helioterapia en el lupus, la inmovilidad y el amasamiento en las artritis, etc.—el enfermo se ha marchado a los pocos días, sin esperanzas de lograr la curación.

### El servicio Médico a indígenas en el Rif.

**Hospital Central de Melilla.**—Sin reunir condiciones para nada de ello, es a un tiempo hospital civil, hospital militar, hospital de indígenas, manicomio, etc. Resulta un edificio sórdido, amazacotado, que desde el exterior, produce la impresión de una cárcel del antiguo sistema.

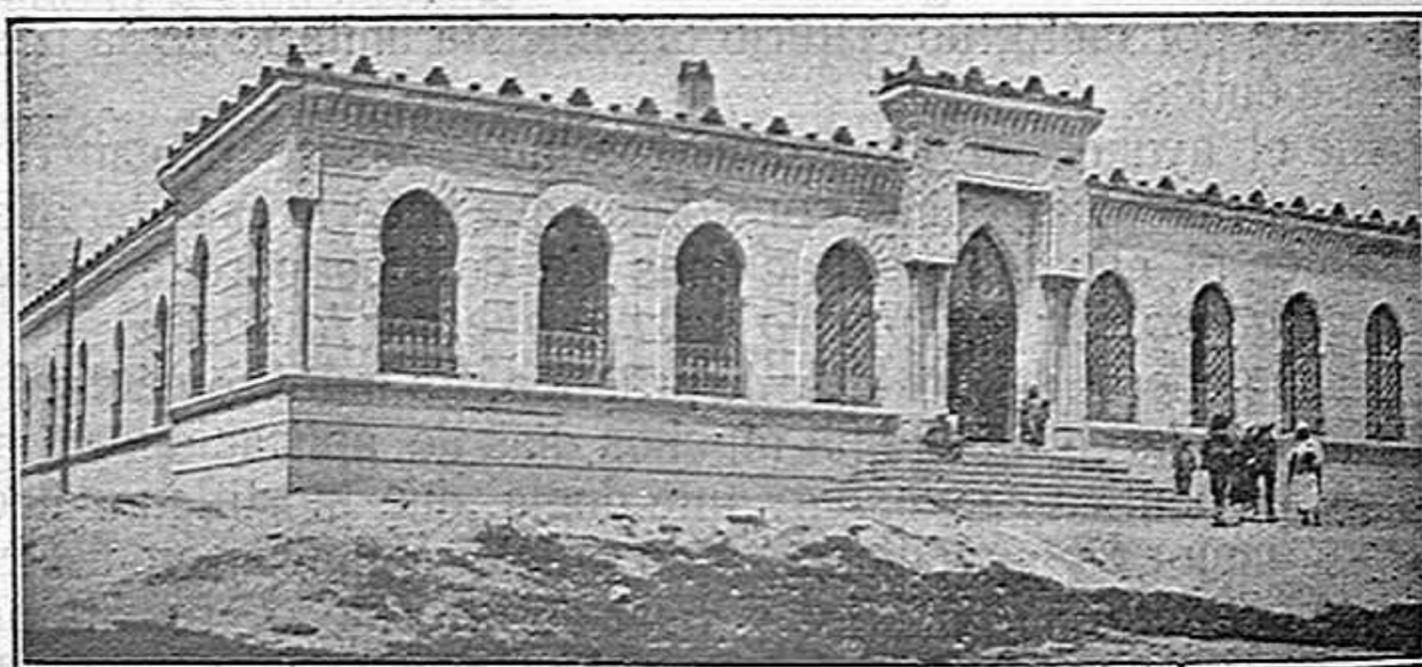
Asco y pena da penetrar en las salas de este mal llamado hospital (*pudridero científico* le ha llamado con justa razón el Dr. Albéniz) (1). No queremos llevar al ánimo del lector la misma desagradable impre-

(1) Ruiz Albéniz. *El Rif*. Madrid, 1912

sión, mas no podemos callar los siguientes datos. En la sala destinada a Cirugía se encuentran mezclados los enfermos—hombres y niños, soldados, paisanos y moros—y en ella se realizan las intervenciones quirúrgicas; sobre la misma mesa se renuevan las curas de los sépticos y asépticos, de los heridos y de los operados. En la época actual, es esto sencillamente monstruoso...

En el calabozo, en el que ingresan los enfermos detenidos por cualquier concepto, se ha hecho preciso colocar también a los alienados. Pero no quedan aquí las cosas. Como el número de detenidos y locos era mayor del que, bien apretados, cabían en el calabozo, se sacaron algunos presos y se los distribuyó por las salas de enfermos, colocando a las puertas y en las salas mismas centinelas de vista que, con la bayoneta calada, vigilaban, impidiendo la posible evasión de alguno. Y nada tan lamentable para la moral de los enfermos como la constante visión del centinela, allí donde la enfermedad y el dolor reinan, y donde sólo la medicina debe entrar, generosa y consoladora... En una sala que no posee *ni una sola ventana* hemos visto *empaquetados* veinticuatro enfermos...

Sin ventanas, sin sala de operaciones, debiendo albergar un número de enfermos doble o triple del que consienten las dimensiones de las



Hospital Indígena de Melilla.

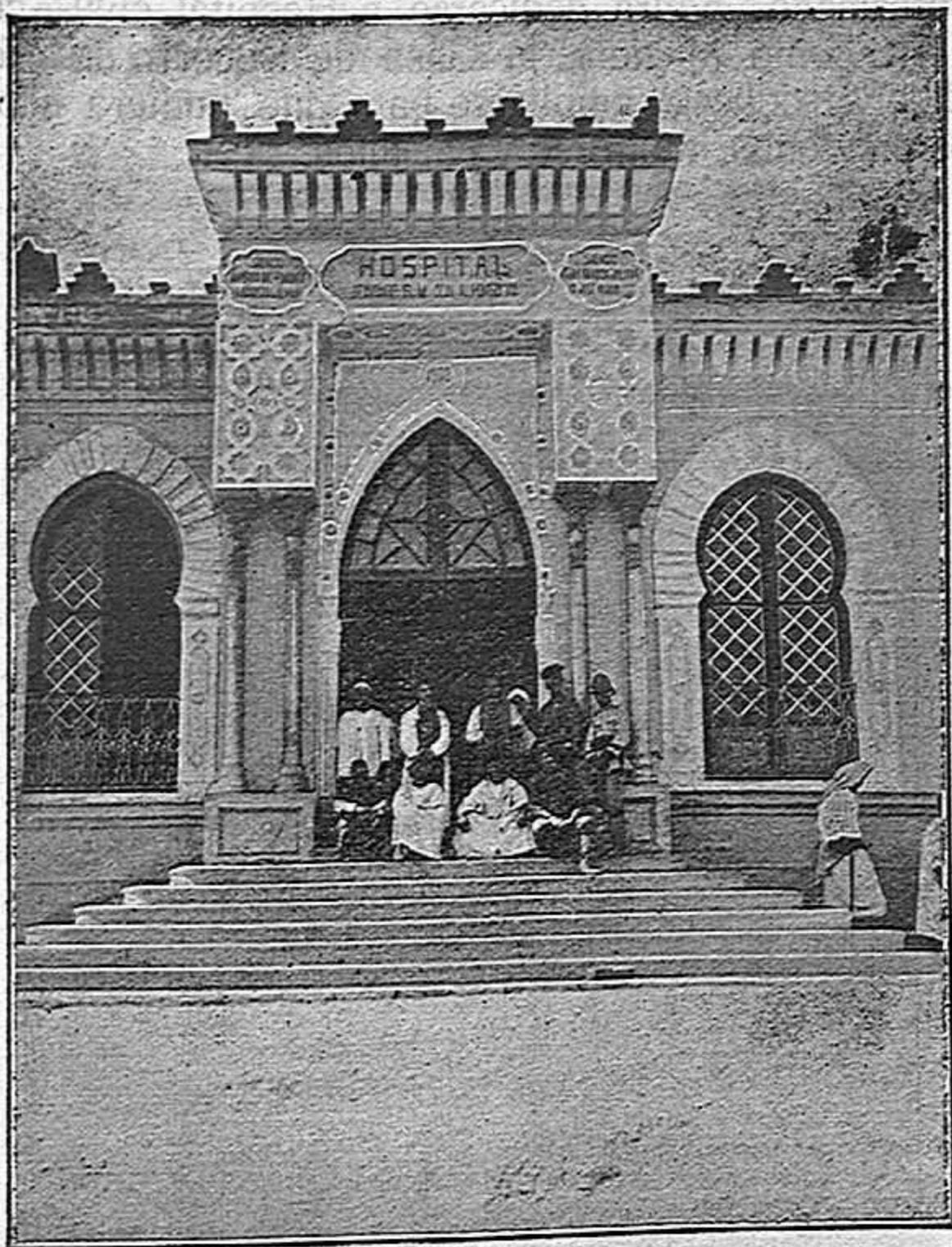
salas, es este hospital un doloroso calvario para enfermos y Médicos, que inútilmente luchan y con heroicidad se obstinan en salvar vidas y evitar infecciones.

Tal como en la actualidad se encuentra, este Hospital no puede continuar. Constituye un imperioso deber de humanidad su inmediata clausura; una vergüenza es para las autoridades su persistencia, y un martirio de penosas humillaciones científicas para los Médicos que en él prestan sus servicios. Reformado—con muchas grandes reformas—apenas se le podrá utilizar para Hospital civil de una población que, como Melilla, cuenta con más de 22.000 habitantes, humildes artesanos y trabajadores en su mayoría.

Después de ver este Hospital, se comprende que los moros, aun siendo, como son, gentes rudas y poco exigentes en materia de higiene, no quieran de ningún modo ingresar en el mismo...

**Hospital indígena de Melilla.**—La histórica visita del Kaiser alemán a la ciudad de Tánger, la ocupación de Casablanca por los franceses, la Conferencia de Algeciras, etc., hicieron que se fijase la atención de España en Marruecos, y que se iniciase al poco tiempo en nuestro país la *política africanista*. El Sr. García Prieto, en Memoria presentada al Consejo de Ministros en 1906, propuso, entre otras muchas buenas cosas, la construcción de un Hospital indígena en Melilla.

Terminóse de construir el Hospital en 1909. Es un edificio de estilo árabe, moderno, higiénico, que reúne cuantas condiciones resultan necesarias al fin que cumple. Salas de enfermos amplias, ventiladas, rientes; cuartos de baño limpiísimos, sala de operaciones, etc., en una palabra, un Hospital indígena modelo.



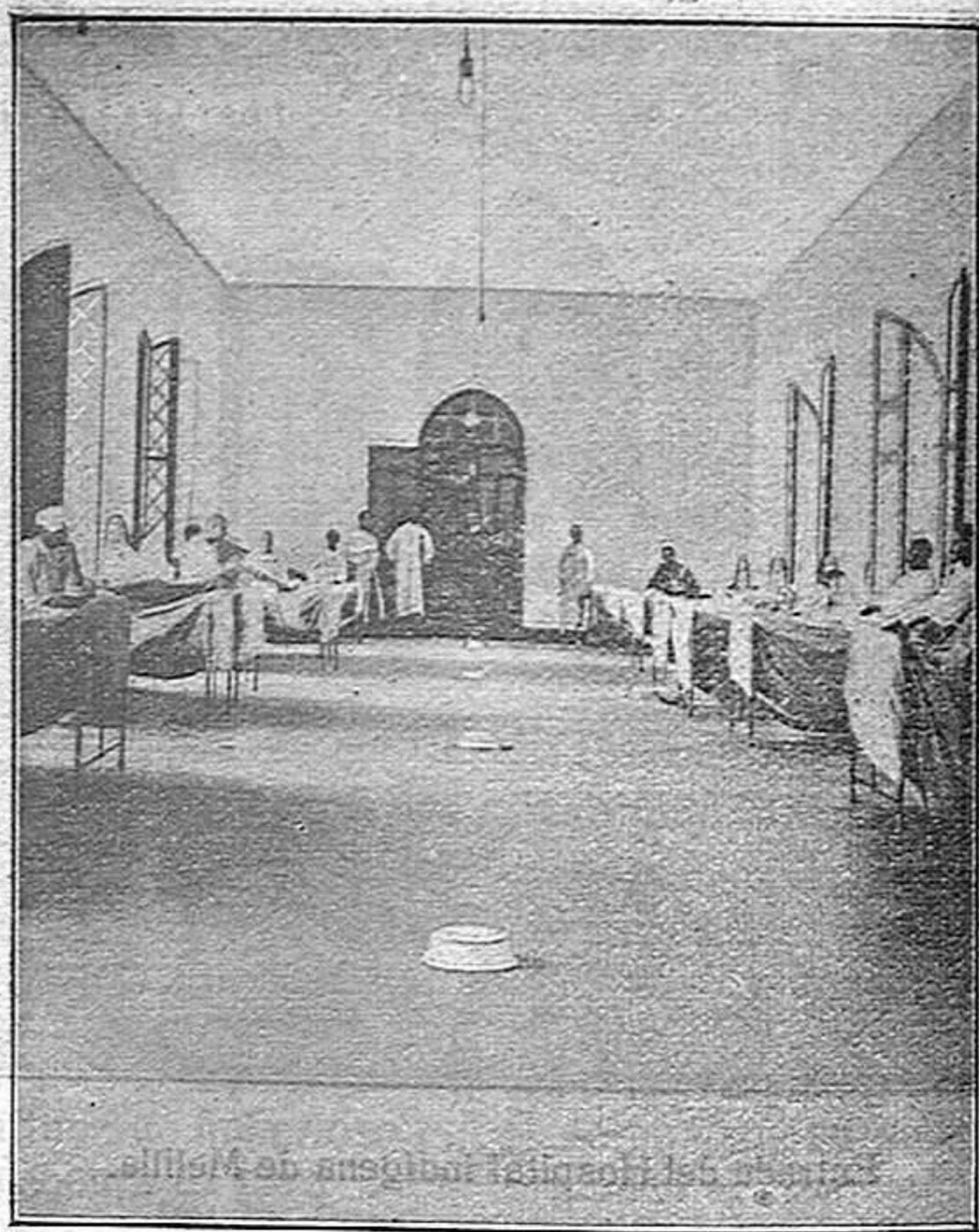
Entrada del Hospital indígena de Melilla.

Exigencias del momento, derivadas de las campañas del 9 y del 11, que han persistido en la actual, han hecho que este Hospital no haya podido dedicarse por entero al fin para que se construyó, que fué el de acoger a los indígenas enfermos que desearan ingresar en el mismo para la curación de sus enfermedades, y que se le haya dedicado a hospitalizar a los indígenas pertenecientes a alguna de las unidades militares al servicio de España. *Fuerzas regulares, Mías de Policía, Tabor de Al-*

*hucemas*. Es, por tanto, un *Hospital militar indígena*. Los indígenas paisanos ingresan en el Hospital Central, del que ya hemos hablado. Los enfermos y heridos a quienes se acoge en el Hospital indígena están en él atendidos, alimentados y científicamente tratados como en muy limitado número de Hospitales españoles. En aquellas salas, amplias e higiénicas, reinan una limpieza y una pulcritud admirables; no parecen salas de un Hospital, y es este su mayor elogio.

Este Hospital debía ser ampliado, ingresando también en él los indígenas paisanos: la humanidad y la causa española en Marruecos ganarían mucho con ello.

En resumen, que, de los Hospitales de Melilla deben ampliarse los militares que hoy existen y colocarlos en condiciones de admitir todos los enfermos y heridos de nuestro Ejército de Melilla; el Hospital Central, muy reformado, podrá dedicarse a Hospital civil—con personal facultativo civil como lo tiene la Casa de Socorro de Melilla—, y el Hospital indígena, debería ampliarse para que pudiera acoger a todos los enfermos indígenas, militares y paisanos.



Sala de enfermos del Hospital Indígena de Melilla.

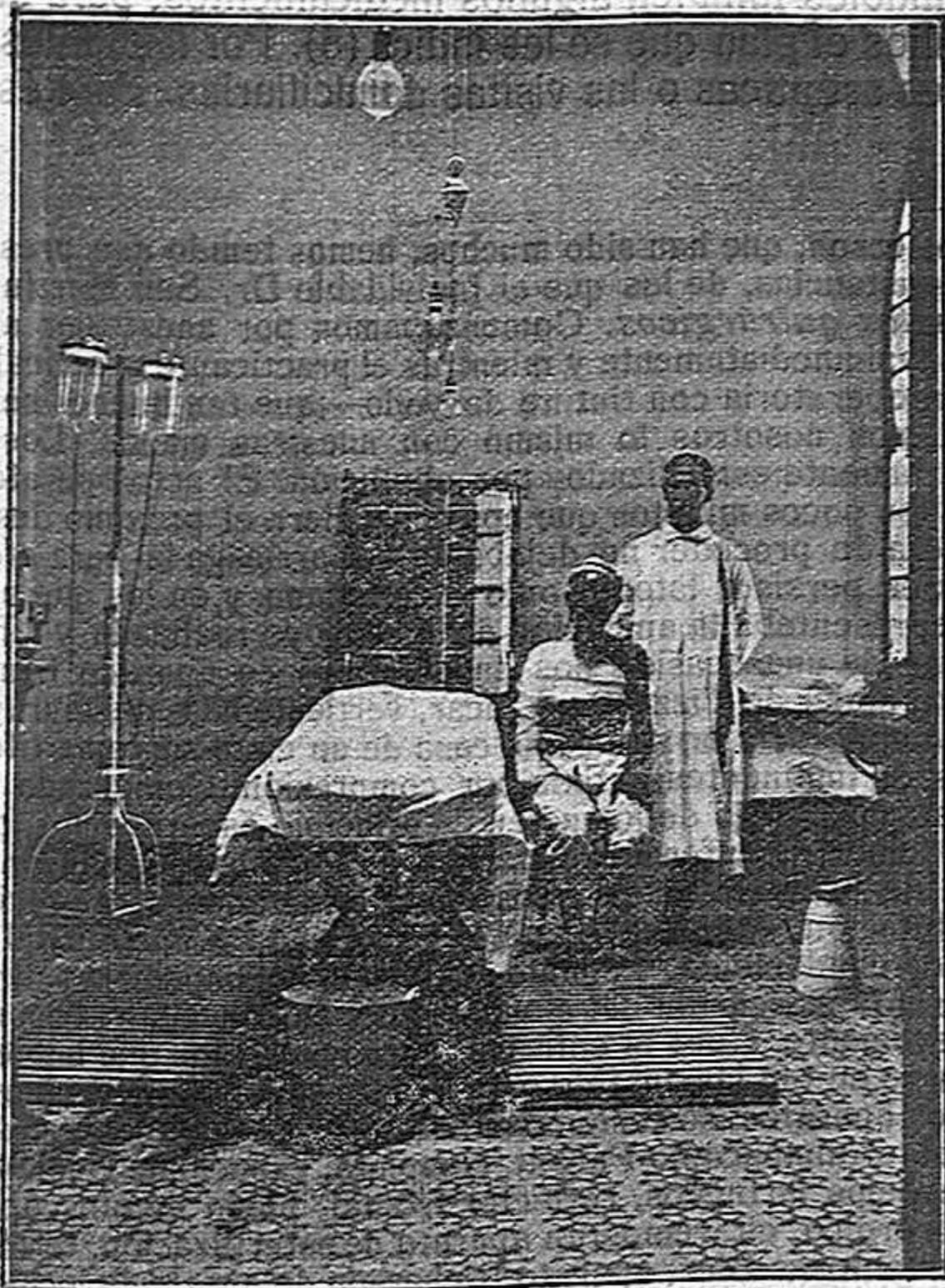
**Los Consultorios indígenas.**—El Consultorio indígena del Zoco el Had de Beni-Sicar empezó por ser, como al principio del presente artículo indicábamos, una pequeña barraca de madera. Construída con tablas mal unidas y sin pulir, el viento y la lluvia penetraban por todas

partes, y, en los días de mal tiempo, la estancia en el Consultorio resultaba harto molesta.

Constituían el mobiliario una mesa, un lavabo, dos sillas y un banco. El instrumental quirúrgico, de que carecía, resultaba substituído por la bolsa de cirujano, reglamentaria, perteneciente al médico. El botiquín lo constituían reducido número de los más usuales medicamentos. Como único auxiliar, contaba el Médico con un soldado, al que se llamaba practicante, pero que no lo era más que de nombre y ni siquiera sabía leer.

*Aquello* no merecía el nombre de Consultorio. En el mismo reducido departamento, que era a la vez gabinete para operar, botiquín y sala de curaciones, se curaba en lamentable confusión a enfermos sépticos a operados, a heridos, a infecciosos, etc.

Con tan escasos medios, se ha cumplido durante dos años la labor confiada al Consultorio. Puede suponerse a cuántas incidencias, peligro-



Kirófano del Hospital Indígena de Melilla.

sas para el enfermo y muy desagradables para nosotros, no expondría tal parquedad de medios de curación. Ante casos graves de cirugía, en los que resultaba necesario operar sin retardo, hemos tenido que actuar

a un tiempo de cloroformizador, de ayudante y de operador (1). Y menos mal cuando la operación podía realizarse en el Consultorio, pues las dificultades subían de punto si se hacía preciso efectuarla en el domicilio del enfermo.

En la actualidad, las cosas han cambiado mucho. El Consultorio de hoy es un amplio edificio de reciente construcción, con todos los servicios y dependencias necesarios para llenar debidamente su objeto. Cuenta con instrumental quirúrgico completo para la práctica de las operaciones generales, y algunas de especialidades (2), con un botiquín en el que nada falta de cuanto útil hay en la Farmacopea moderna, y con los aparatos necesarios para el diagnóstico y reconocimiento de oídos, laringe, ojos, etc., etc. Pueden también realizarse en el Consultorio análisis higiénicos de aguas y elementos de orina, de jugo gástrico, etc. Un Practicante y un Intérprete indígena completan el personal.

La organización de los servicios es muy sencilla. La mañana se dedica a la consulta, durante la cual reciben curación los indígenas que asisten a ella, facilitándoles también algunos medicamentos, para que continúen en sus domicilios el plan que se les indica (3). Por las tardes, se realizan las operaciones asépticas o las visitas domiciliarias. Para éstas, tanto el

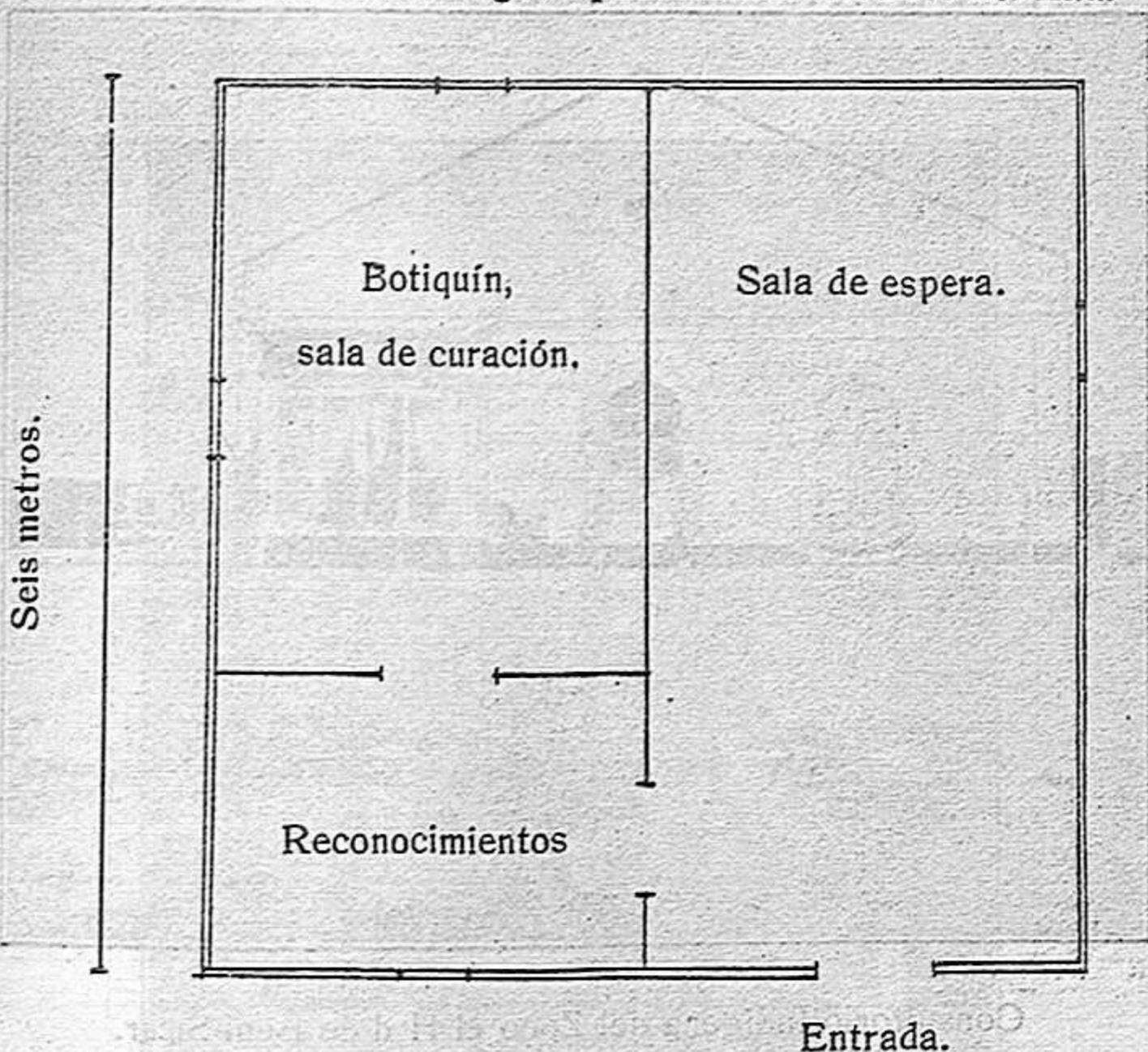
(1) En estos casos, que han sido muchos, hemos tenido que prescindir, obligados por las circunstancias, de los que el inolvidable Dr. San Martín llamó en una ocasión *escrúpulos quirúrgicos*. Comenzábamos por anestesiarse al sujeto hasta narcosis profunda; inmediatamente y mientras el practicante practicaba la desinfección de la región operatoria con tintura de yodo—¡que tan buenos servicios nos ha prestado!—hacíamos nosotros lo mismo con nuestras manos. Los instrumentos habían sido previamente esterilizados por ebullición. El acto operatorio habíamos de realizarle en los pocos minutos que nos concediera el próximo despertar del enfermo. Tal manera de proceder no dejaba de ser arriesgada para efectuarla entre rifeños, en quienes persiste latente odio al cristiano y en los que un fracaso por nuestra parte representaba la anulación de la labor ya realizada y dificultades para la futura. En más de una ocasión nos encontramos en apurado trance. Llamados para asistir a una mujer de Tizzi (Beni-Sicar, vertiente NO. del Gurugú), nos vimos en la precisión de operarla en su propia casa de un cisto-sarcoma tifoidea, que originaba síntomas de inminentes asfixia por compresión. Comenzado el acto operatorio, resultó éste más largo de lo que en un principio esperábamos, por las muchas adherencias del tumor; la enferma despertó tan rápidamente de la anestesia que no tuvimos tiempo de preverlo ni de evitar que, levantándose, se dirigiera hacia la puerta de la habitación, *degollada*, con la tumoración pendiente del cuello y gran hemorragia. Afortunadamente, llegamos a tiempo de impedirle salir, de tirarla al suelo, de aplicarle la mascarilla del cloroformo y de conseguir, tras no corta lucha, anestesiarse nuevamente. Curó la enferma, pero ignoramos qué hubiese ocurrido si llega a presentarse en tan lamentable estado ante su familia y vecinos.....

(2) Entre los aparatos de reconocimiento y diagnóstico se encuentran: fonendoscopio Bianchi, oftalmoscopio Parent, completo, especulum Duplay, id. Tonybée, bujías Guyón, espejos laríngeos, reflector frontal, juego de otoscopios, etc. En el instrumental quirúrgico, citaremos un aparato de esterilización, termocauterio Paquelin, juego de ventosas Bier, aparato Richardson de anestesia local, trócares, pinzas Peán, en T, triangulares, Clamps, de disección, saca-balas, para esquiras, porta-agujas Collin, Pozzi, cizallas Liston, sierra Farabeuf, id. para falanges, fórceps dentarios, tenótomos, bisturíes rectos, convexos, etc., etc.

(3) En la actualidad sólo facilitamos a los indígenas medicamentos inofensivos, no tóxicos. Obedece tal medida a haberse registrado dos casos de intoxicación por ingerir el enfermo de una vez la cantidad de medicamento que se le había dado para muchos días; en uno de ellos ingirió un enfermo medio litro de solución Gisbert, y en otro una gran dosis de jarabe de codeína.

Médico como el Intérprete, poseen caballos. Los malos caminos y las grandes distancias que con frecuencia hay que recorrer hacen bastante penoso este servicio, sobre todo en épocas de mal tiempo. La norma que se sigue para realizar las visitas domiciliarias es convencional, y se resuelve por el Médico, según los casos. Cuando el enfermo se encuentra

Plano del Consultorio Indígena provisional del Zoco del Had.



Entrada.

(En la actualidad, Pabellón de aislamiento de enfermos indígenas infecciosos).

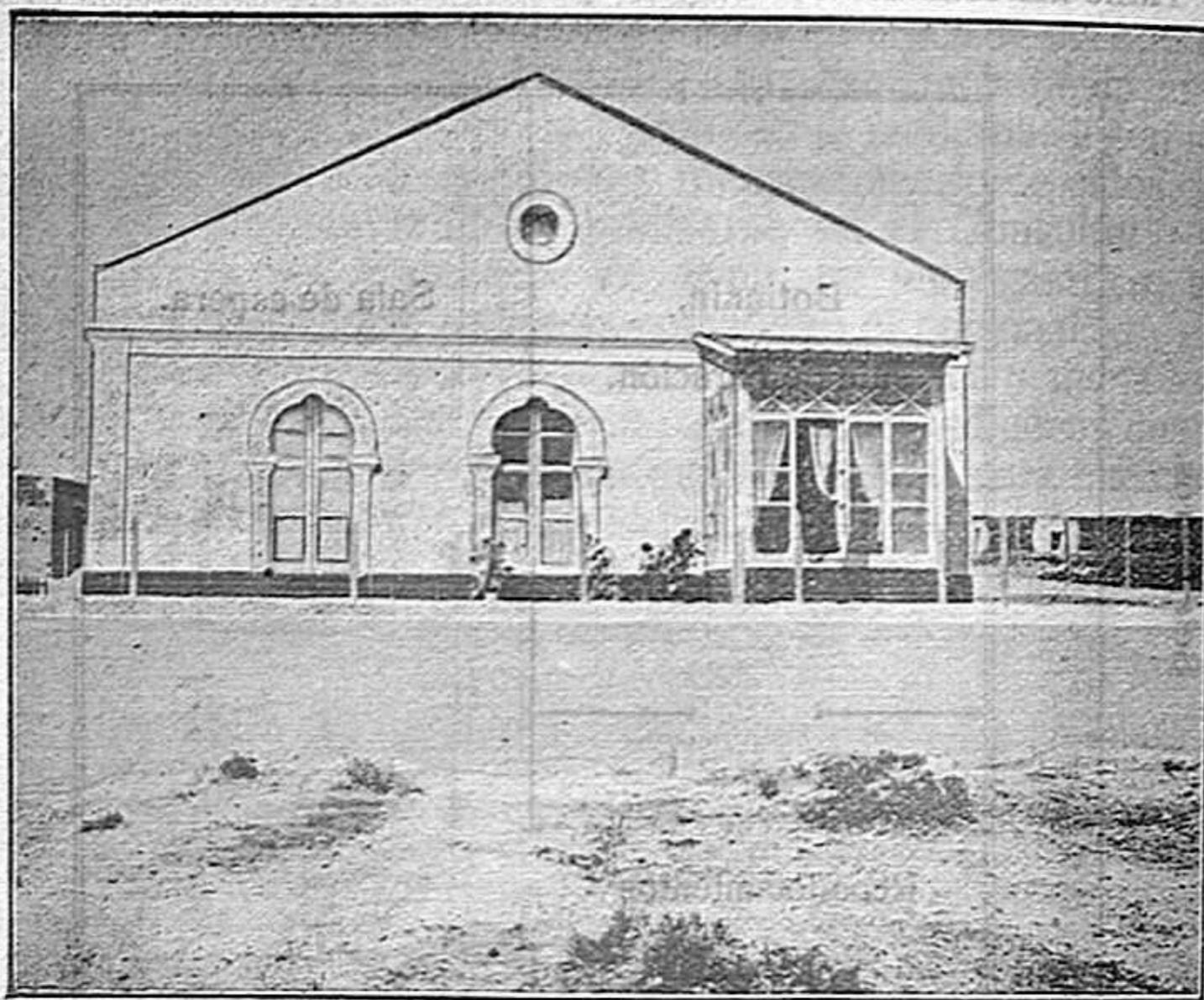
verdaderamente imposibilitado para acudir al Consultorio, va el Médico a su domicilio; si puede venir al Consultorio es en éste en el que se le asiste, aun cuando solicite la visita domiciliaria. Dada la extensión de la zona a que debe extenderse esta asistencia, sería difícil visitar en un día a dos enfermos situados en extremos opuestos de la misma, que comprende toda la kabila de Beni-Sicar (excepto la fracción Bu-Gomaren) y la fracción Frajana de la Mazuza.

Existen también en el Consultorio medios de transporte de enfermos —dos camillas reglamentarias—, una Enfermería con dos camas y completo mobiliario para alojamiento de heridos u operados graves. El primitivo Consultorio, aquella barraca de madera, ha quedado aneja al actual y se ha transformado en pabellón de aislamiento y enfermería de infecciosos; tiene dos camas.

Completan la labor del Consultorio los Laboratorios de análisis y de radiografía de Melilla, a cargo del Cuerpo de Sanidad Militar. A estos Laboratorios se remiten los productos patológicos, para su análisis y

diagnóstico, y se envía también a ellos a los enfermos en quienes se hace preciso investigar la situación de cuerpos extraños, examinar fracturas, etc.

Finalmente, si exige la curación de los pacientes que permanezcan algún tiempo hospitalizados, se les envía al Hospital indígena de Melilla,



Consultorio Indígena del Zoco el H d de Beni-Sicar.

si pertenece el enfermo a la Policía indígena, fuerzas regulares o Tabor de Alhucemas, y al Hospital Central en caso contrario.

En resumen, el Consultorio presta los siguientes servicios: asistencia médico-quirúrgica en consulta y domiciliaria, transporte de enfermos graves, alojamiento de heridos u operados y de infecciosos, análisis clínicos e higiénicos elementales, completándose la organización con los servicios de los Laboratorios de análisis y radiografía y los hospitales de Melilla. Podemos afirmar, por tanto, que los indígenas de esta zona están mejor asistidos que los habitantes de la inmensa mayoría de las poblaciones rurales de España. Todos los servicios son completamente gratuitos.

Los gastos del Consultorio corren a cargo del Ministerio de Estado. Unido al Consultorio, se encuentra el pabellón destinado a vivienda del Médico.

La clientela del Consultorio ha sufrido numéricamente muchas variaciones. En Agosto de 1910 se efectuaron 119 asistencias; en Septiembre, 217; en Noviembre, 311 y 396 en Diciembre, manteniéndose después varios meses alrededor de las 400 asistencias. Durante la campaña de 1911, disminuyó considerablemente el número de enfermos asistentes al Consultorio; antes de comenzar la guerra, una tercera parte al menos

de los enfermos procedían de la kábila de Beni-Sidel, y algunos de las de Beni-Said, M'Talza y Beni-Ulich; estos individuos tenían que caminar muchas horas para llegar al Consultorio desde sus domicilios, y dejaron entonces de venir. Después no han vuelto—salvo los procedentes de algunas fracciones de Beni-Sidel— porque habiéndose establecido servicio médico para indígenas en puntos más avanzados Ras-Medua, Yazanen—, no necesitan los enfermos venir a Zoco el Had. En la actualidad,

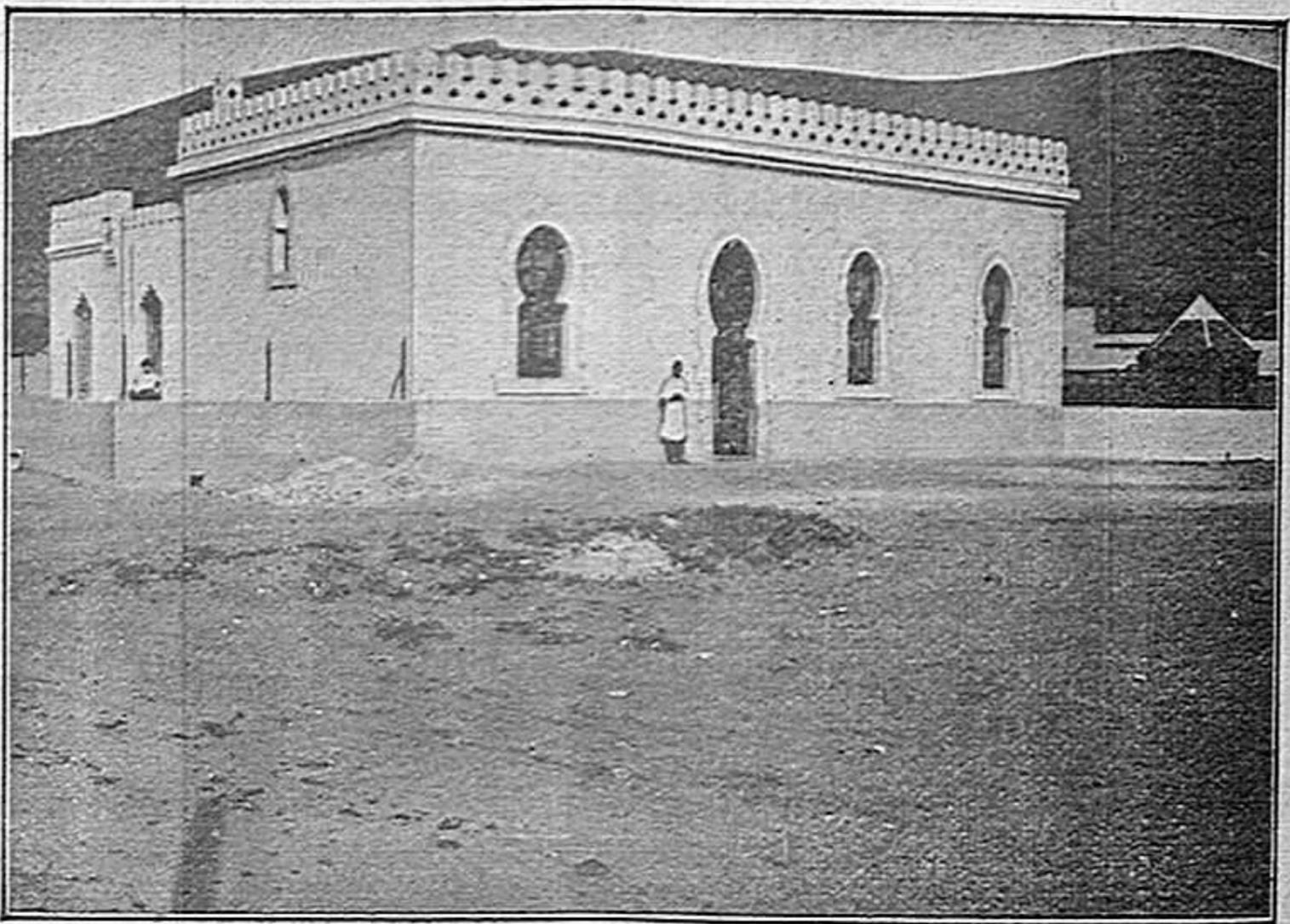


Sala de curaciones del Consultorio de Zoco el Had.

el número de asistencias mensuales es de unas 300, número que no parece muy elevado; pero sí lo es teniendo en cuenta que Zoco el Had es simplemente una posición militar, sin núcleo de población indígena, y que los enfermos procedan de aduares situados a varios kilómetros de distancia, por cuya razón escatiman en lo posible su asistencia al Consultorio, al que sólo acuden para ser curados de procesos de alguna gravedad, dejando de asistir apenas se ha iniciado la curación. Las mujeres indígenas que acuden a nosotros son viejos o muchachas jóvenes, que no se encuentran aún comprometidas para la boda; las casadas jóvenes no asisten más que muy rara vez; lo general es que se las visite

en sus domicilios, y, aun para esto, ha de tratarse de casos graves y de familias a quienes, por asistencias anteriores, inspire confianza el Médico.

**El Consultorio indígena de Nador.**—En Nador, como en Zoco el Had, el Consultorio ha tenido entre la población indígena un éxito franco y lisonjero, desde su establecimiento. Antes de que se construyese el Consultorio actual, el Médico encargado de la enfermería establecida en dicho punto prestaba asistencia gratuita a los indígenas que lo solicitaban. El entusiasmo con que el Dr. Valdés Lambea desempeñaba esta misión acreció muy pronto la clientela indígena de la enfermería, y fueron los jefes de la kabila de Mazuza los que suplicaron al excelentísimo Sr. General Aldave la creación del Consultorio, convencidos de los beneficios que había de reportarles.



Consultorio indígena de Nador.

Se edificó el Consultorio de Nador al mismo tiempo que el de Zoco el Had. Es una construcción elegante, de estilo arabesco y resulta muy bien dispuesta la distribución de sus dependencias.

El número de enfermos que asisten al Consultorio de Nador es bastante elevado. Proceden de las inmediatas kabilas de Mazuza y Beni-Bu-lfruor y de las kabilas del interior de Marruecos que, en caravanas, por la vía Zeluán-Nador, se dirigen a Melilla.

El Director de este Consultorio es el Dr. Valdés Lambea, Médico primero, que une a su gran competencia profesional un gran entusiasmo por el estudio de los usos, costumbres, idioma, etc., de esta raza, habiendo terminado en la actualidad un *Vocabulario médico-árabe-rifeño*, que será de mucha utilidad para todos los Médicos que hayan de prestar sus servicios en esta región.

Otros Consultorios indígenas se encuentran en la actualidad establecidos, aunque no se han construido aún los edificios necesarios ni se les ha dotado de todo el material farmacéutico-quirúrgico que deben poseer para cumplir debidamente su labor. Son los de Yazanen y Zoco el Arbáa de Arkemam. En el de Yazanen, que en la actualidad se denomina Enfermería, presta sus servicios un Médico segundo. Dispone de un pequeño barracón de madera situado dentro de la posición militar, con lo que queda indicado el mayor de sus inconvenientes, pues las mujeres indígenas no acuden a él. Muchos de los enfermos que son asistidos en esta Enfermería proceden de la orilla izquierda del Kert. Es posible que este Consultorio no llegue a establecerse de un modo definitivo; Yazanen, perteneciente a la kabila de Beni Bu-Gafar, es lugar que no está próximo a grandes núcleos de población indígena—excepto los poblados de Zarrora, Sammar, Ymahiaten y Yazanen—, y no resultan por tanto bien justificados los gastos que supone el establecimiento definitivo de un Consultorio. Más a propósito nos parece el poblado de Medua, no lejano de la posición de Ras-Medua, que es centro de una zona muy poblada y punto de paso de frecuentados caminos. Debe establecerse otro Consultorio en Tauriart-Hamet o en Al-al u Kaddurn, por razones análogas.

El Consultorio de Zoco el Arbáa de Arkemam se encuentra en estado que pudiéramos decir de ensayo. No ha mucho ha sido destinado allí un Médico para que preste sus servicios a indígenas. Es de esperar que logre gran éxito y tenga numerosa clientela; une a su misión la de contrarrestar la influencia francesa del Muluya.

Zoco el Had de Beni-Sicar, Nador, Medua, Al-lal u Kaddur y Zoco el Arbáa de Arkemam, constituyen Centros de asistencia médica a indígenas que, en cooperación con los servicios que prestan los Médicos destacados en las posiciones militares de la zona del Rif ocupada por las tropas españolas, garantizan la perfecta asistencia médica a los indígenas que la pueblan. Sería difícil encontrar una tan extensa zona rural en España en la que resulte más completo y mejor organizado el servicio médico. Demuestra esto el excepcional interés que nuestro Gobierno y autoridades militares han concedido a la labor de los Médicos en el Rif y revela la sin par hidalguía de nuestra raza, que, olvidando agresiones, venganzas inicuas y sangrientas represalias, ofrece con inagotable generosidad todos los beneficios de la civilización a quienes fueron hasta ayer sus más crueles y despiadados enemigos.

Al terminar, cumplimos un deber dedicando un recuerdo al ex Presidente del Consejo de Ministros, Sr. García Prieto, Marqués de Alhucemas; a los Excmos. Sres. Generales Marina, Aldave, Marqués de Gue-laya y Jordana, actual Comandante general de Melilla, y al entusiasta africanista y sabio Dr. Maestre, que tanto han contribuido y se han preocupado por el establecimiento del servicio médico a indígenas en el Rif.

# VACANTES

Por renuncia del que la desempeñaba, se encuentra vacante una de las dos plazas de Médico titular de La Guardia, de esta provincia, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas.

Las solicitudes deberán presentarlas los aspirantes en aquella Alcaldía debidamente documentadas.

\* \*

Hállase vacante la plaza de Farmacéutico titular de Torrico, dotada con el sueldo anual de 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, por el suministro de medicamentos a treinta familias pobres, incluidas en la Beneficencia municipal.

\* \*

El día 31 del actual quedará asimismo vacante la plaza de Médico titular de Buenaventura, por trasladarse a Madrid a ampliar sus estudios el que la viene desempeñando.

Dicha plaza está dotada con el sueldo anual de 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, por la asistencia de treinta o cuarenta familias pobres, mas las iguales de los demás vecinos pudientes, que ascienden a unos ciento ochenta, que han sido fijadas por el vecindario en 2.000 pesetas anuales, las cuales serán satisfechas también por trimestres vencidos.

Los que aspiren a dicha plaza presentarán las solicitudes en la Alcaldía hasta el día 30 del corriente.

\* \*

*Alcaldía de Paredes.*—Por dimisión del que la desempeñaba, se halla vacante la plaza de Médico Cirujano de esta villa, dotada con 500 pesetas pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, por la asistencia de familias comprendidas en la Beneficencia.

El agraciado percibirá además 2.000 pesetas, repartidas entre los vecinos pudientes, de cuya cantidad responde una comisión de vecinos.

La población es sana y abundante en artículos de primera necesidad, consta de 558 habitantes, y dista cinco kilómetros de la Estación de la línea férrea de Almoróx, y cinco de Escalona, cabeza de partido.

Los aspirantes dirigirán las solicitudes debidamente documentadas a esta Alcaldía en término de treinta días.

Paredes 3 de Diciembre de 1913.—ISABELO MORENO.

## VARIEDADES

Platón dijo que la belleza era el bien supremo en la tierra; Feuchtersleben, sostuvo que la salud no era sino la belleza en las funciones de la vida. Y para Monin, la belleza es el reflejo, o si se quiere, la forma tangible de la salud.

¡Lástima que se quemara en el incendio de Alejandría el libro de Cleópatra *De Medicamine facili*, en el cual puso su autora infinitos secretos del arte cosmético para aumentar la belleza! Por más que los hombres tenemos *permiso* para ser feos, y además, que según La Bruyère, un hombre que tenga algún mérito y talento, nunca lo es.

Los perfumes delicados forman parte del paraíso de Mahoma, y aun en este valle de lágrimas, ocasionan una sensación de alegría que es origen de bienestar. En las histéricas, el olor del azafrán, del almizcle y del nogal (hojas), puede ocasionar síncope. El olor del romero fortifica la respiración. El del algalia estimula al corazón. El del alcanfor adormece. El incienso, la canela, el estoraque y el benju, excitan; por el contrario, las almendras amargas, el laurel cerezo y las flores de melocotón, son calmantes y antiespasmódicas.

A. Piga.

## BIBLIOGRAFÍA

Sin perjuicio de dar a conocer a los lectores de la REVISTA SANITARIA algunas de las preciosas monografías reunidas en el notable folleto que bajo el epígrafe «Trabajos publicados por el dispensario de enfermedades del aparato digestivo del Instituto Rubio, curso 1912 a 1913», diremos hoy que es un nuevo timbre de gloria para la notable institución madrileña el cooperar con trabajos originales a la ímproba tarea de hacer ciencia española. Y que todos los Médicos prácticos, tendrán en el folleto que nos ocupa una guía fiel que resolverá muchas dudas y problemas de los que surgen en el ejercicio de la profesión.

Felicitamos a todos los compañeros y sobre todo al ilustre Dr. R. Luis y Yagüe, que ha educado un numeroso plantel de verdaderos especialistas.

Real Academia de Medicina de Valladolid. Discursos leídos ante dicha ilustre Corporación en la solemne recepción pública del Académico electo Dr. Román García Durán el día 16 de Noviembre de 1913.

El Dr. Durán, sabio Médico palentino, al ser elegido con verdadero acierto Académico de la Real de Valladolid, ha querido demostrar su amor a la Medicina y su vasta cultura profesional desarrollando el tema «Patogenia de la enfermedad de Stokes-Adanis», etc. Y lo ha realizado con singular acierto y fortuna.

La contestación al recipiario la hizo el Dr. D. Mariano Sánchez y Sánchez, y tanto al describir la técnica y preparación del fascículo de His, como en sus consideraciones fisiopatológicas sobre el referido fascículo, estuvo notabilísimo.

Ambos discursos merecen ser leídos detenidamente, pues abunda en ellos un gran caudal científico.

\* \* \*

«Contribution à l'étude thérapeutique des boucho-pneumonies infantiles», por Mr. Robert Marois, París, 1913.

En este trabajo, de eminente sabor clínico, el autor se declara partidario de la balneación metódica sistemática diciendo «Quel que soit le point de départ et le mode de pénétration, la thérapeutique pent être la meme dans tous le cas».

Aunque no es nuevo lo que dice, tiene el autor el mérito de ser un convencido del método hasta el extremo de creer, que si todos los Médicos siguieran rigurosamente el procedimiento disminuiría la despoblación de Francia.

\* \* \*

«Electrotecnia». J. Herrmann. Orvier, editor. Madrid.

Los Médicos que quieran conocer a fondo los principios de electrotecnia, las corrientes continuas, alternas, etc., harán bien en comprar los tres preciosos libros del Dr. J. Hermann, muy bien traducidos por D. Manuel María Arrillaga.

## NOTICIAS

Agradecemos profundamente los artículos que nuestros queridos colegas *El Noticiero* y *El Centinela* han dedicado a la idea expuesta por el Dr. Piga, de crear en esta capital un Comité femenino de higiene popular. Realmente, si la semilla pertenece a nuestro director, el fruto corresponderá a cuantos espíritus generosos, amantes de la higiene, difundan la idea y colaboren a su realización.

⊕ ——— ⊕

*Federación de Sanidad civil.*

El Presidente de la Federación Nacional de Sanidad civil, ha visitado al Ministro de la Gobernación para entregarle las conclusiones de la reciente Asamblea de Médicos civiles y para recordarle que se eleva ya a *ocho millones de pesetas* lo que muchos Ayuntamientos adeudan a los Médicos titulares.

El Ministro, asombrado de la cuantía de la deuda, ofreció dictar en breve una disposición que evite tan escandaloso abuso y resolver sin demora cuantas reclamaciones se presenten.

⊕ ——— ⊕

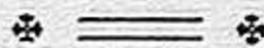
Desde el 1.º de Enero, regalaremos a nuestros lectores en pliego aparte, encuadernable, obras de Medicina, comenzando por la del Dr. Piga *La Grippe*, que constará de unas 400 páginas, ilustradas con gráficos y fotografías.



El sabio Catedrático de Fisiología, Dr. Gómez Ocaña, ha impreso e magnífico discurso que leyó como Delegado regio en la Escuela del hogar, el día de la repartición de premios. Es documentadísimo, criticando en él cuanto se ha hecho sobre el particular en el Extranjero.

El Dr. Pérez del Yerro también ha publicado un curioso trabajo sobre «Neurastenia sexual», y otro sobre «Pielocisto-radiografía», con preciosos clichés, del Dr. Mateo Milano, que constituye una labor nueva en España, de la cual se ocupa también el Dr. Pulido Martín. El folleto del Dr. Pérez del Yerro ha sido reproducido por algunas revistas extranjeras. Está recibiendo por ello muchas felicitaciones.

Por último, el afamado Dentista Sr. Rochina, ha dado esta semana a la publicidad una colección de semblanzas de sus compañeros de profesión, muy intencionadas, que están siendo comentadísimas.



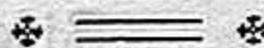
Se ha concedido la cruz de Beneficencia a los Dres. Codina, Bombín, Aznar y Espina.

La de Legión de Honor al Dr. Fuertes, Médico del Escuadrón de la Escolta Real.

La cruz de San Fernando al Dr. Romero, Médico militar, por su heroico comportamiento curando heridos en la línea de fuego de la acción de Collado.

Fué nombrado Socio de mérito de la Sociedad Argentina de Pediatría, el Dr. Sarabia.

Y Académico correspondiente de la Real de Barcelona, el Dr. Figueroa.

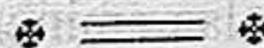


*Asociación Médica-Benéfica de la Provincia de Toledo.*

Señores que han remitido la última cuota mandada recaudar por fallecimiento del asociado *D. Antonio Vegas Ruiz*.

D. Joaquín Calvo, Médico de (Gálvez) 5,25; Sr. Cantorero y García, Médico de (Santa Olalla) 10,50; D. Miguel Delgado, (Bargas) 5,25.

Le suplico a todos los señores asociados remitan lo más pronto posible al Sr. Tesorero de la asociación D. Marcelo García el importe de las cuotas.



El ilustrado y joven Odontólogo Sr. Pulido ha establecido una consulta todos los domingos en esta capital, en la Clínica del Dr. Piga, en la cual le auguramos un gran porvenir dada las condiciones que le adornan a tan querido compañero y lo competente que es dentro de la especialidad a que se dedica.

# ANTONIO PULIDO

Odontólogo del Ejército y del Real Dispensario Antituberculoso del Príncipe Alfonso y de las Prisiones de Madrid.

## HORAS DE CONSULTA:

En Madrid, calle del Carmen, núm. 23, todos los días, menos los domingos, de 10 a 1 y de 3 a 5.

En Toledo, Consultorio del Dr. Piga, los domingos de 11 a 1 y de 2 a 4.

## TARIFA DE PRECIOS:

Extracción con Anestesia . . . . .	5 pesetas.
Limpieza de boca . . . . .	15 »
Empastes de cemento . . . . .	15 »
» de platino . . . . .	20 »
Coronas de oro . . . . .	60 »
Incrustaciones . . . . .	30 »

De esta tarifa se rebajará el 40 por 100 a los militares, según dispone la Orden del Excmo. Sr. Capitán General de la 1.<sup>a</sup> Región.

## Aguas de Villaza (Verín)

Minero-medicinales naturales

Bicarbonato-sódico-litínicas.

### EXCELENTES AGUAS DE MESA

De venta en todas las Farmacias y Droguerías.

De eficacia probada en las enfermedades del aparato digestivo.

Curan gastralgias, dipepsias, catarros gástricos, intestinales y afecciones del hígado y vías urinarias.

Recomendadas por todas las eminencias médicas.

Propietarios: HIJOS DE JACINTO BECERRA

Concesionarios para todo el mundo.

Viuda e hijos de Juan Fuentes Pérez.

Banqueros.—Orense.